EsSalud

Informe de Evaluación del Plan Operativo Institucional Al IV Trimestre del año 2015

Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo
Marzo, 2016







Contenido

Lista de Cuadros iii

Lista de Gráficos v

Presentación v

Capítulo I. Introducción 1

Capítulo II. Evaluación de las Actividades Asistenciales, Iniciativas de Gestión y Actividades Operativas de los OODD 2

2.1 Sobre la Evaluación de los OODD 2

2.2 Actividades Prestacionales 3

2.2.1 En Prestaciones de Salud 3

2.2.2 En Prestaciones Económicas 7

2.2.3 En Prestaciones Sociales 9

2.3 Indicadores Sanitarios 15

2.4 Iniciativas de Gestión 25

2.5 Actividades Operativas 34

Capítulo III. Evaluación de las Actividades Operativas e Iniciativas de Gestión de los OOCC 37

3.1 Actividades Operativas 37

3.2 Iniciativas de Gestión 46

3.3 Principales Problemas y Limitaciones 51

3.3.1 Órganos Desconcentrados 51

3.3.2 Gerencias Centrales 51

Capítulo IV. Conclusiones 52

Capítulo V. Recomendaciones 54

Anexos

Anexo 1: Avance de Actividades Operativas desagregadas por OOCC 56

Anexo 2: Avance de Actividades Operativas desagregadas por OODD 76

Anexo 3: Avance de Iniciativas de Gestión desagregadas por OOCC 79

Anexo 4: Avance de Iniciativas de Gestión desagregadas, Actividades Asistenciales, Metas e Indicadores FONAFE por OODD 84

Gerencia de Planeamiento Corporativo GCPD
VºBº
V. REYNA
Gerente
ESSALUD

Gerencia de Control y Evaluación de la Gestión GCPD
VºBº
Econ. A. Velásquez
SubGerente
ESSALUD

Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo
VºBº
Ing. A. ROJAS
ESSALUD

Lista de Cuadros

Cuadro N° 1: Criterios de evaluación según rangos de medición 1
Cuadro N° 2: Iniciativas de Gestión de los OODD según los Objetivos Estratégicos 2
Cuadro N° 3: Criterios de evaluación para Iniciativas de Gestión según Objetivos Estratégicos de los OODD 3
Cuadro N° 4: Evaluación de Producción de Actividades Asistenciales 4
Cuadro N° 5: Producción de Metas de Prestaciones Económicas 7
Cuadro N° 6: Producción de Metas Valorizadas de Prestaciones Económicas 9
Cuadro N° 7: Producción de Prestaciones Sociales en los CAM 11
Cuadro N° 8: Pruebas de Ingreso y Resultados de los Participantes del CAM 12
Cuadro N° 9: Producción de Prestaciones Sociales en los CIRAM 12
Cuadro N° 10: Producción de Prestaciones Sociales en los CERP 14
Cuadro N° 11: Producción de Prestaciones Sociales en los MBRP 14
Cuadro N° 12: Evaluación de Indicadores FONAFE 16
Cuadro N° 13: Evolución del Indicador de Mejoramiento de la Cap. Res. en el I Nivel 17
Cuadro N° 14: Evolución del Indicador Diferimiento de Citas Consulta Externa 18
Cuadro N° 15: Tiempo de Espera Intervención Quirúrgica 19
Cuadro N° 16: Promedio Permanencia Hospitalización General 20
Cuadro N° 17: Porcentaje de Pacientes en Sala de Observación <= 24 horas 21
Cuadro N° 18: Cobertura de Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino 22
Cuadro N° 19: Cobertura de Tamizaje de Mamografías Preventivas 23
Cuadro N° 20: Cobertura de Vacunación Prevalente (3ra. Dosis) 25
Cuadro N° 21: Resumen de Cumplimiento de Órganos Desconcentrados 25
Cuadro N° 22: Estado de Avance de las Act. Operativas por OOCC 37
Cuadro N° 23: Conciliaciones Patrimoniales Contables 41
Cuadro N° 24: Actividades Presenciales de Difusión y Promoción 42
Cuadro N° 25: Obras Recepcionadas 44
Cuadro N° 26: Obras Liquidadas 44
Cuadro N° 27: Obras Concluidas 45
Cuadro N° 28: Estado de Avance de las Iniciativas de los OOCC 46
Cuadro N° 29: Incumplimiento de Iniciativas de Gerencias Centrales 50
Cuadro N° 30: Estado del Avance de las Actividades Operativas de la GCAJ 57
Cuadro N° 31: Estado del Avance de las Actividades Operativas de la GCAA 57
Cuadro N° 32: Estado del Avance de las Actividades Operativas de la GCGP 58
Cuadro N° 33: Estado del Avance de las Actividades Operativas de la GCO 60
Cuadro N° 34: Estado del Avance de las Actividades Operativas de la GCSyPE 61
Cuadro N° 35: Estado del Avance de las Actividades Operativas de la ODN 62
Cuadro N° 36: Estado del Avance de las Actividades Operativas de la OGC 62
Cuadro N° 37: Estado del Avance de las Actividades Operativas de la ORI 63
Cuadro N° 38: Estado del Avance de las Actividades Operativas de la SG 64

Cuadro N° 39: Estado del Avance de las Actividades Operativas de la GCPAMyPD.. 66
Cuadro N° 40: Estado del Avance de las Actividades Operativas de la GCPS 67
Cuadro N° 41: Estado del Avance de las Actividades Operativas de la GCTIC 69
Cuadro N° 42: Estado del Avance de las Actividades Operativas de la GCGF 71
Cuadro N° 43: Estado del Avance de las Actividades Operativas de la GCPI..... 72
Cuadro N° 44: Estado del Avance de las Actividades Operativas de la GCPD 73
Cuadro N° 45: Estado del Avance de las Actividades Operativas de la GCL 76
Cuadro N° 46: Estado del Avance de las Actividades Operativas de la GCPyCI 76
Cuadro N° 47: Estado del Avance de las Actividades Operativas del IETSI 78
Cuadro N° 48: Estado del Avance de las Actividades Operativas del CEABE 79
Cuadro N° 49: Estado del Avance de las Actividades Operativas del CENATE..... 79
Cuadro N° 50: Estado del Avance de las Iniciativas de la GCAA..... 81
Cuadro N° 51: Estado del Avance de las Iniciativas de la GCGF..... 81
Cuadro N° 52: Estado del Avance de las Iniciativas de la GCPAMyPD 81
Cuadro N° 53: Estado del Avance de las Iniciativas de la GCO..... 82
Cuadro N° 54: Estado del Avance de las Iniciativas de la GCPD..... 82
Cuadro N° 55: Estado del Avance de las Iniciativas de la GCPS..... 82
Cuadro N° 56: Estado del Avance de las Iniciativas de la GCSyPE..... 83
Cuadro N° 57: Estado del Avance de las Iniciativas de la OGC..... 83
Cuadro N° 58: Estado del Avance de las Iniciativas de la SG..... 83
Cuadro N° 59: Estado del Avance de las Iniciativas de la GCPI 83
Cuadro N° 60: Estado del Avance de las Iniciativas de la GCTIC..... 84
Cuadro N° 61: Estado del Avance de las Iniciativas de la GCL..... 84

Lista de Gráficos

Gráfico N° 1: Consultas Externas Enero a Diciembre 2015 5
Gráfico N° 2: Actividades Preventivas Enero a Diciembre 2015 5
Gráfico N° 3: Actividades Recuperativas Enero a Diciembre 2015 6
Gráfico N° 4: Trasplante de Órganos Enero a Diciembre 2015 6
Gráfico N° 5: Servicios de Salud Colectiva e Individuales Enero a Diciembre 2015 7
Gráfico N° 6: Producción de Metas de Prestaciones Económicas 8
Gráfico N° 7: Producción de Metas Valorizadas de Prestaciones Económicas 9
Gráfico N° 8: Población Adulto Mayor Año 2015 10
Gráfico N° 9: Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva del I Nivel de Atención 17
Gráfico N° 10: Diferimiento de Citas de Consulta Externa 18
Gráfico N° 11: Tiempo de Espera de Intervención Quirúrgica 19
Gráfico N° 12: Promedio de Permanencia en Hospitalización General 20
Gráfico N° 13: Porcentaje de Pacientes en Sala de Observación <=24 horas 21
Gráfico N° 14: Cobertura de Tamizaje de Cuello Uterino 22
Gráfico N° 15: Evolución de la Producción del PAP a Diciembre (2013-2015) 23
Gráfico N° 16: Cobertura de Tamizaje de Mamografías Preventivas 24
Gráfico N° 17: Evolución de la Producción de Mamografías a Diciembre (2013-2015) 24
Gráfico N° 18: Cobertura de Vacunación Prevalente (3ra. Dosis) 25
Gráfico N° 19: Nivel de Desempeño del Avance de Actividades/Iniciativas de Gestión del Plan Operativo de los Órganos Desconcentrados al mes de diciembre 2015. 26

PRESENTACIÓN

El presente informe tiene por finalidad mostrar los resultados obtenidos en la evaluación al IV trimestre del Plan Operativo Institucional 2015 del Seguro Social de Salud – EsSalud, documento aprobado mediante Acuerdo N° 1-1E-EsSalud-2015, del 26-01-2015; con Acuerdo de Directorio N° 001-2014/016/FONAFE, constituido por las actividades asistenciales; así mismo, el desarrollo de las actividades operativas y las iniciativas de gestión programados por los Órganos Centrales y Órganos Desconcentrados, consignadas en el Plan Operativo Institucional desagregado- 2015, aprobado mediante Resolución de Gerencia General N° 922-GG-ESSALUD-2015 de fecha 31.07.2015 y modificado mediante Resolución de Gerencia General N° 1531-GG-ESSALUD-2015 de fecha 31.12.2015, en el marco del Plan Estratégico 2012-2016 aprobado mediante Acuerdo de Consejo Directivo N° 23-10-ESSALUD-2012.

El proceso de evaluación del Plan Operativo Institucional 2015 permite efectuar una retroalimentación periódica al proceso de planeamiento de la institución, el cual ayuda a identificar los cuellos de botella que impiden la continuidad de la operatividad y de las líneas de acción estratégicas dispuestas por la Alta Dirección, así como también, los problemas que generan retraso en la obtención de las metas, productos o entregables programados.

La evaluación del POI, se ha desarrollado de acuerdo al siguiente esquema: capítulo I. Evaluación de las actividades asistenciales (POI FONAFE), iniciativas de gestión, actividades operativas de los Órganos Desconcentrados; capítulo II. Evaluación de las actividades operativas e iniciativas de gestión de los Órganos de la Sede Central; capítulo III. Problemas y Limitaciones; capítulo IV. Conclusiones, capítulo V. Recomendaciones y Anexos.

Informe de Evaluación del Plan Operativo Institucional (POI) 2015
Actividades Asistenciales, Operativas e Iniciativas de Gestión de los Órganos Centrales y Órganos Desconcentrados
Al 31 de Diciembre de 2015

Capítulo I. Introducción

El Plan Operativo Institucional Modificado 2015 de EsSalud, está conformado por 256 iniciativas de gestión y 392 actividades operativas, de los cuales 55 iniciativas de gestión y 352 actividades operativas corresponden a los Órganos Centrales mientras que 201 iniciativas de gestión y 40 actividades operativas corresponden a los Órganos Desconcentrados.

En ese sentido, la Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo, a través de la Gerencia de Planeamiento Corporativo ha elaborado el Informe de Evaluación del Plan Operativo 2015 al IV Trimestre debidamente coordinado con las diferentes Gerencias Centrales y los Órganos Desconcentrados.

Cabe señalar, que la base para la elaboración del presente informe está constituida por la siguiente información:

- "Avance Mensual de Proyectos", obtenida del aplicativo SGS, con los avances consolidados de las Iniciativas de los Órganos Centrales y Desconcentrados (incluyendo: IETSI).
- "Evaluación Trimestral de Actividades Operativas", con los avances de estas actividades de los Órganos Centrales, además de los Órganos Desconcentrados CEABE, CENATE e IETSI.
- Informe ejecutivo de la evaluación, que precisa los avances y retrasos en las actividades operativas e iniciativas, las razones que originaron la situación alcanzada en cada caso, entre otros, emitido por los Órganos Centrales y Desconcentrados.
- La documentación de sustento de los avances registrados de cada iniciativa y actividad operativa, generada por los Órganos Centrales y Desconcentrados, que contenga: informes, actas de reuniones de trabajo, cartas, mensajes de correo electrónico, resoluciones aprobadas, términos de referencia, reportes de producción asistencial, etc.

La información proporcionada por cada uno de los Órganos Centrales y Órganos Desconcentrados permite dar a conocer el grado de avance al mes de diciembre de 2015 de los compromisos asumidos por cada una de las dependencias a fin de contribuir con el logro de los Objetivos Estratégicos de la institución.

Los criterios adoptados para la evaluación realizada para las actividades operativas y las iniciativas de gestión tanto para los Órganos Centrales y Desconcentrados han sido de acuerdo al siguiente cuadro:

Cuadro N° 1. *Criterios de Evaluación según rangos de medición*

Categorías	Rangos de Medición de Índices de Avance	Color Asignado
Excelente	Excelente > 0.9 (90%)	●
Bueno	0.75 (75%) < Bueno <= 0.9 (90%)	●
Regular	0.6 (60%) < Regular <= 0.75 (75%)	
Malo	0 < Malo <= 0.6 (60%)	●

CAPÍTULO II. Evaluación de las Actividades Asistenciales, Iniciativas de Gestión y Actividades Operativas de los Órganos Desconcentrados

2.1 Sobre la evaluación de los Órganos Desconcentrados

A nivel de los Órganos Desconcentrados corresponde evaluar a los siguientes: Redes Asistenciales, Centro Nacional de Salud Renal (CNSR), Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR), Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI), Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos (CEABE), Centro Nacional de Telemedicina (CENATE) y Gerencia de Oferta Flexible (GOF), quienes programaron un total de 201 Iniciativas de Gestión y 40 Actividades Operativas.

Las 201 Iniciativas de Gestión de los Órganos Desconcentrados se desagregan de acuerdo a los Objetivos Estratégicos de la siguiente manera:

Cuadro N° 2. *Iniciativas de Gestión de los OODD de acuerdo a los Objetivos Estratégicos*

Objetivo Estratégico		N° de Iniciativas de Gestión
OE1	Extender la cobertura de la seguridad social, incluyendo a los trabajadores independientes e informales.	4
OE2	Brindar atención integral a los asegurados con los más altos estándares de calidad, en el marco de un fuerte compromiso del Estado con el bienestar de los asegurados, mejorar el trato a los asegurados; cambiar el modelo de atención por uno basado en la atención primaria y actuar sobre los determinantes sociales de la salud, con énfasis en los aspectos preventivo–promocionales, contando para ello con el apoyo técnico de la OPS/OMS.	182
OE3	Garantizar la sostenibilidad financiera de la seguridad social en salud.	8
OE4	Implementar una gestión transparente basada en el mérito y la capacidad, con personal calificado y comprometido.	7
Total		**201**

Las iniciativas de gestión desarrolladas por los Órganos Desconcentrados al IV Trimestre 2015, permitieron sostener en gran parte el logro del Objetivo Estratégico 2, evidenciando que el 91% (182 iniciativas) de los esfuerzos institucionales estuvieron dirigidos a contribuir con el logro de este objetivo, el mismo que está relacionado directamente con la prestación de servicios integrales a los asegurados.

Asimismo, el Objetivo Estratégico 1 cuenta con un 2% (4 iniciativas), el Objetivo Estratégico 3 con un 4% (8 iniciativas) y el Objetivo Estratégico 4 con un 3% (7 iniciativas).

Cuadro N° 3. *Criterios de Evaluación para Iniciativas de Gestión según Objetivos Estratégicos de los OODD*

Cumplimiento	Objetivo Estratégico 1	Objetivo Estratégico 2	Objetivo Estratégico 3	Objetivo Estratégico 4	Total	%
Excelente > 90%	3	75	3	3	84	41.8%
75% < Bueno <= 90%	-	30	1	1	32	15.9%
60% < Regular <= 75%	-	20	1	1	22	10.9%
Malo <= 60%	1	52	1	1	55	27.4%
Actividades Operativas sin Avance	-	5	2	1	8	4.0%
Total de Iniciativas de Gestión	**4**	**182**	**8**	**7**	**201**	**100%**
%	**2%**	**91%**	**4%**	**3%**	**100%**	

Por otro lado, contribuyendo al cumplimiento de los objetivos Institucionales también tenemos los resultados obtenidos por las actividades asistenciales, así como los indicadores sanitarios programados al IV Trimestre 2015.

En ese sentido, a continuación detallamos los resultados de las actividades programadas al IV Trimestre del año 2015 de los Órganos Desconcentrados:

2.2 Actividades Prestacionales

2.2.1 En Prestaciones de Salud

El otorgamiento de las prestaciones de salud en EsSalud, se realiza mediante un Modelo que articula los componentes organizacionales, prestacionales, de gestión y financiamiento. En el modelo propuesto, el componente prestacional se enfoca en la cultura de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud a través de la intervención sobre los determinantes sociales de la misma, mediante un conjunto de iniciativas de salud pública, organizados en el ámbito de competencias de EsSalud para preservar, proteger y promover la salud de la población asegurada.

Al respecto, es importante mencionar que en el marco de fomentar una cultura preventiva y de protección, EsSalud viene promoviendo la salud de la población asegurada a través de las 17 actividades asistenciales y 08 indicadores sanitarios que se ejecutan en los Establecimientos de Salud a nivel nacional.

En ese sentido, a continuación detallamos los resultados obtenidos al IV Trimestre de 2015 de estas 17 actividades asistenciales, los mismos que han sido remitidos e informados por las Gerencia Central de Operaciones, sobre la base del proceso de cierre definitivo realizado por la Sub Gerencia de Información Gerencial de la Gerencia de Gestión de la Información de la GCPD, encargada de la administración del Sistema Estadístico de Salud - SES.

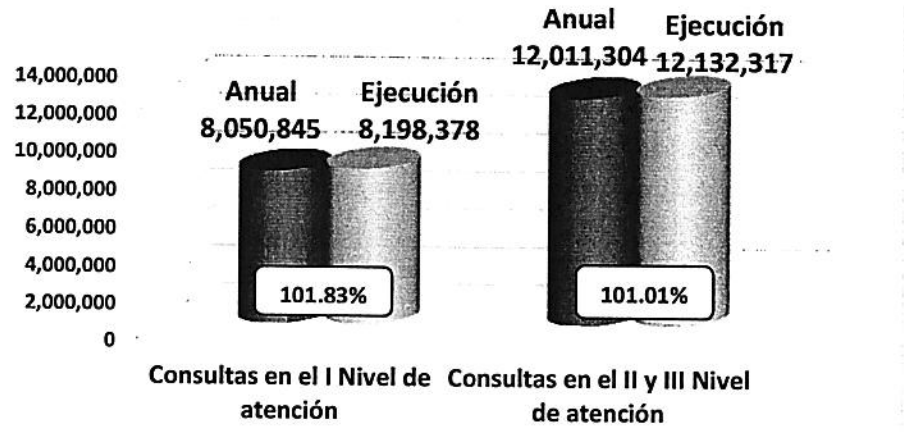
Cuadro N° 4. *Evaluación de Producción de Actividades Asistenciales al IV Trimestre 2015*

N°	VARIABLES DE PRODUCCIÓN Plan Operativo Institucional	UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL FONAFE 2015	META ANUAL FONAFE 2015 (1)	A DICIEMBRE 2015	
					Cantidad	% Avance Anual
Consultas Externas						
	Total Consultas Externas					
1	Consulta Externa en el I Nivel	Consultas	9,169,164	8,050,845	8,198,378	101.83%
2	Consulta Externa en el II y III Nivel	Consultas	12,226,225	12,011,304	12,132,317	101.01%
Actividades Recuperativas						
3	Intervenciones Quirúrgicas	Intervenciones Quirúrgicas	328,065	350,560	368,543	105.13%
4	Tratamientos Especializados	Tratamientos Especializados	974,954	907,126	936,593	103.25%
5	Trasplante de Órganos	Trasplantes	360	360	436	121.11%
6	Egresos de Hospitalización General	Egresos	553,944	553,944	560,081	101.11%
7	Paciente-Día Hospitalización General	Paciente-Día	2,739,447	2,739,447	2,674,718	97.64%
Actividades Preventivas						
8	Mamografías Preventivas	Mamografías Preventivas con resultado	232,160	205,890	204,802	99.47%
9	Muestras PAP	Exámenes PAP con Resultado	840,478	706,996	713,194	100.88%
10	Vacunación pentavalente (3 Dosis) (*)	Vacunas (3° Dosis)	131,579	93,128	93,239	100.12%
Servicios de Salud Colectivos Individuales (**)						
11.1	Vista Domiciliaria	Visitas	95,802	89,093	87,921	98.68%
11.2	Charla en Salud	Charlas	105,679	105,679	111,235	105.26%
11.3	Taller de Salud	Sesiones	46,223	41,642	45,363	108.94%
11.4	Psicoprofilaxis	Sesiones	59,332	48,322	48,525	100.42%
11.5	Campaña de Salud	Campañas	3,505	2,681	2,842	106.01%
11.6	Actividades Masivas de Comunicación	Eventos	3,446	2,705	2,703	99.93%
11.7	Reforma de Vida	Sesiones	37,050	32,789	34,728	105.91%

Fuente: Sistema Estadístico de Salud - SES - GCPD
(1) POI Modificado aprobado por FONAFE con Acuerdo de Directorio N° 002-2015/016-FONAFE
(**) Incluye Salud Colectiva y Salud Individual.
Información al 31.12.15

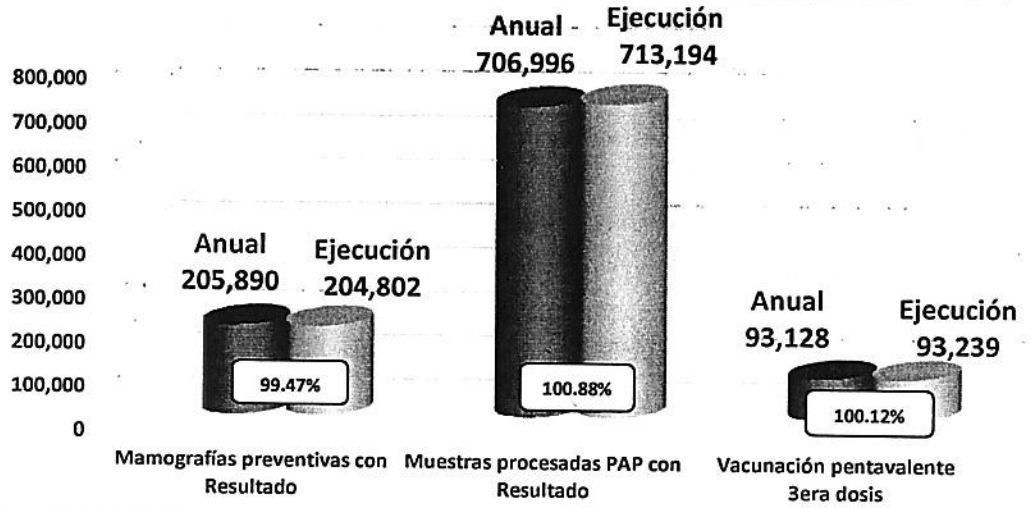
Como resultado de la evaluación, notamos que se ha obtenido un nivel de cumplimiento mayor al 100% en las siguientes actividades:

Gráfico N° 1. Consultas Externas
Enero a Diciembre 2015



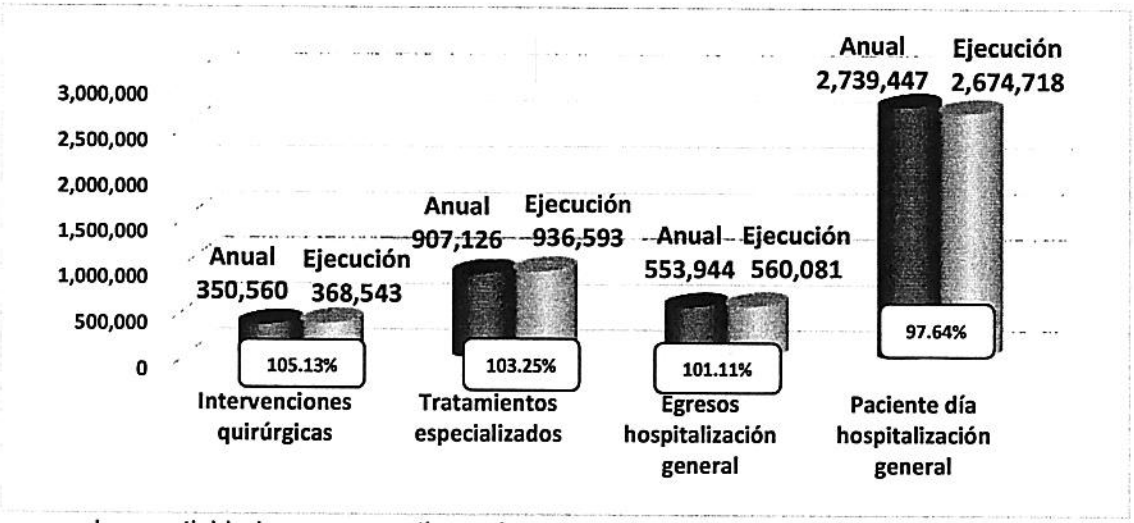
El gráfico, muestra la ejecución al IV Trimestre de 2015 de las consultas externas en el I nivel de atención, donde se aprecia su nivel de ejecución que alcanzó el 101.83% respecto a su meta anual programada, lo que significó atender a un total de 8 198 378 atenciones y las consultas en el II y III nivel de atención logró una ejecución del 101.01% con respecto a su meta anual programada, lo que significó atender a un total de 12 132 317 pacientes.

Gráfico N° 2. Actividades Preventivas
Enero a Diciembre 2015



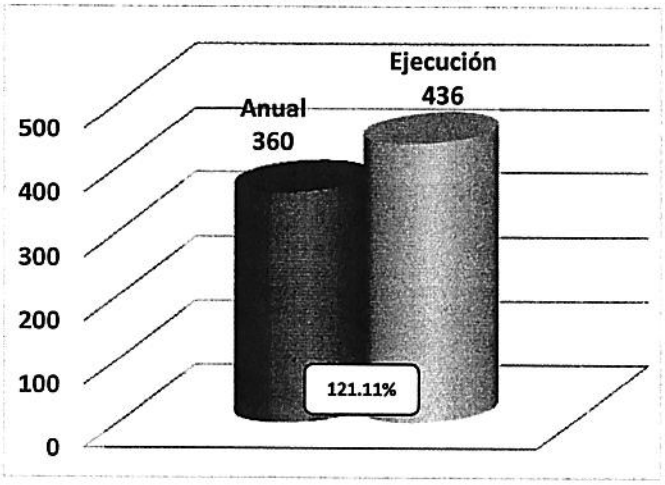
Podemos observar con respecto a las actividades preventivas, que en mamografías preventivas se alcanzó una ejecución cercana del 100%, lo que significó realizar un total de 20 802 mamografías preventivas al cierre del año 2015. Asimismo, tenemos las muestras procesadas por PAP obteniendo una ejecución de 713 194 muestras, lo que significó un nivel de cumplimiento del 101.88% con respecto a su meta programada y con respecto a la vacunación pentavalente su ejecución fue de 93 239 vacunados superando su meta en 0.12% con respecto a su programación.

Gráfico N° 3. Actividades Recuperativas
Enero a Diciembre 2015



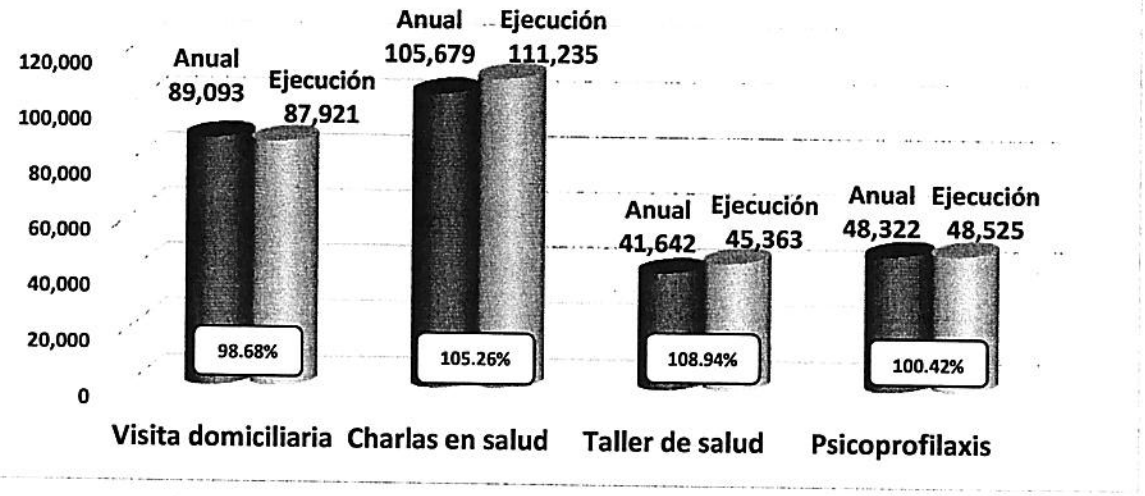
Las actividades recuperativas durante este periodo también lograron buenos resultados en su ejecución, entre las que podemos destacar las intervenciones quirúrgicas que ejecutaron un 5.13% más de su meta programada, es decir obtuvieron un total de 368 543 intervenciones al cierre del año 2015, seguidamente tenemos a los tratamientos especializados que ejecutaron un 3.25% más de su meta programada, es decir ejecutaron un total de 936 593 tratamientos al cierre del año 2015, en egresos de hospitalización se superó la meta en 1.11% más respecto a su programación logrando ejecutar un total de 560 081 egresos de hospitalización y con respecto a la actividad de paciente día de hospitalización general alcanzó una ejecución del 97.64% con respecto a su meta programada.

Gráfico N° 4. Trasplante de Órganos
Enero a Diciembre 2015



Otra de las actividades recuperativas y que es importante resaltar es la de trasplante de órganos, debido a que obtuvo una ejecución del 21.11% más con respecto a su programación anual, es decir se realizaron al IV Trimestre del año 2015, 436 trasplantes de órganos. La superación de esta meta ha sido producto de una mayor difusión a nivel nacional como el desarrollo de campañas de información pública, cuyo objetivo es hacer reflexionar a la población sobre el tema de donación de órganos y así darles oportunidad de vida a los pacientes en lista de espera.

Gráfico N° 5. Servicios de Salud Colectiva e Individuales
Enero a Diciembre 2015



Entre las actividades de servicios de salud colectiva e individual, observamos que el nivel de cumplimiento es bueno debido a que está en un rango entre 98% a 108%.

El taller de salud, obtuvo una ejecución de 45 363, sesiones, lo que significó obtener un nivel de cumplimiento del 108.94%, Charlas de Salud obtuvo una ejecución total de 111 235 sesiones, lo que significó obtener un nivel de cumplimiento del 105.26%, las sesiones de psicoprofilaxis alcanzaron un nivel de cumplimiento del 100.42% y en visitas domiciliarias se ejecutó un 98.68%.

2.2.2 En Prestaciones Económicas

Las prestaciones económicas comprenden los subsidios por incapacidad temporal, maternidad, lactancia y sepelio.

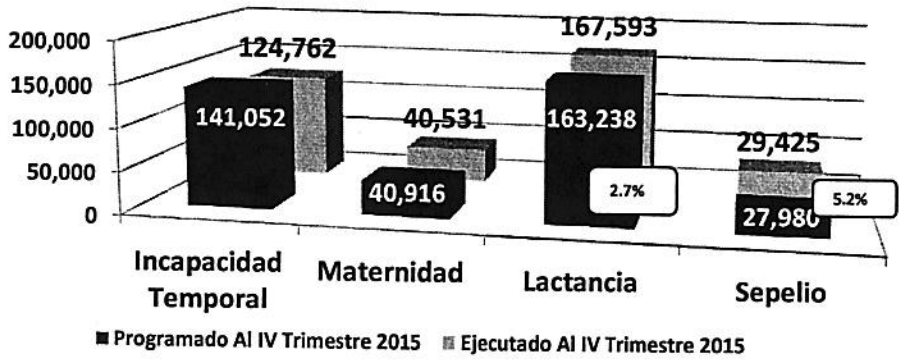
En ese sentido, tenemos de acuerdo a lo informado por la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, al cierre del año 2015, que se logró atender un total de 362 311 expedientes lo que significó un nivel de ejecución del 97.1%, tal como se muestra en el cuadro siguiente:

Cuadro N° 5. *Producción de Metas de Prestaciones Económicas*

Prestaciones Económicas	Programado al IV Trimestre 2015	Ejecutado al IV Trimestre 2015	Diferencia	% Cumplimiento
Incapacidad Temporal	141,052	124,762	-16,290	88.5%
Maternidad	40,916	40,531	-385	99.1%
Lactancia	163,238	167,593	4,355	102.7%
Sepelio	27,980	29,425	1,445	105.2%
Total	**373,186**	**362,311**	**-10,875**	**97.1%**

Fuente: OAS - Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas

Gráfico N° 6. Producción de Metas de Prestaciones Económicas



Fuente: OAS - Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas

Del gráfico anterior, observamos que las prestaciones económicas por el rubro de sepelio ejecutó un 5.2% más respecto a su meta programada, lo que significó que se llegaron atender un total de 29 425 expedientes, esto producto de un mayor número de solicitudes recibidas por las Agencias de Seguros y expedientes que se mantenían pendientes de atención. Seguidamente, tenemos a la prestación económica por lactancia que logró ejecutar un 2.7% más respecto a lo programado, significando atender un total de 167 593 expedientes, este incremento se debió por la implantación del nuevo procedimiento "Pago Automatizado del Subsidio de Lactancia", que permitió que la calificación de la solicitud se realice en el momento de la presentación de la misma, lo que ha permitido reducir el tiempo de pago a 4 días útiles y procesar un mayor número de expedientes.

La prestación económica, que no alcanzó cumplir con el 100% de ejecución de sus metas programadas al cierre IV Trimestre 2015, fue la de incapacidad laboral por los siguientes motivos:

- Un gran número de solicitudes fueron denegadas, debido a que las entidades empleadoras efectuaron una mala declaración en el PDT, al declarar como días laborados el periodo por el cual solicitan los subsidios por incapacidad laboral.

- El mejor control en el otorgamiento de CITT en función al diagnóstico de la incapacidad, que ha permitido lograr la reducción de días de descanso médico, y consecuentemente un menor número de días a subsidiar.

En cuanto al subsidio por maternidad, se ejecutó 40 531 solicitudes que representa el 99% de la meta programada (40 916 solicitudes).

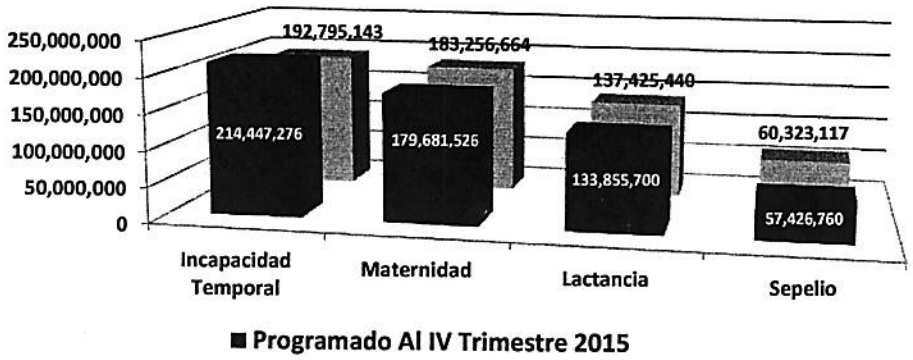
Asimismo, en el siguiente Cuadro, se muestra la producción de metas valorizadas de prestaciones económicas al IV Trimestre del 2015, por un monto ascendente a S/ 573 800 364, que representa una ejecución de 98.02% respecto a lo programado para el mencionado trimestre en evaluación.

Cuadro N° 6. *Producción de Metas Valorizadas de Prestaciones Económicas*

Prestaciones Económicas	Programados al IV Trimestre 2015	Ejecutado al IV Trimestre 2015 [1]	Diferencia	% Cumplimiento
Incapacidad Temporal	214,447,276	192,795,143	-21,652,133	89.90%
Maternidad	179,681,526	183,256,664	3,575,138	101.99%
Lactancia	133,855,700	137,425,440	3,569,740	102.67%
Sepelio	57,426,760	60,323,117	2,896,357	105.04%
Total	**585,411,262**	**573,800,364**	**-11,610,898**	**98.02%**

Fuente: OAS - Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas
(1) Información al 31.12.15 (fecha cierre 08.01.16)

Gráfico N° 7. Producción de Metas Valorizadas de Prestaciones Económicas



Fuente: OAS - Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas

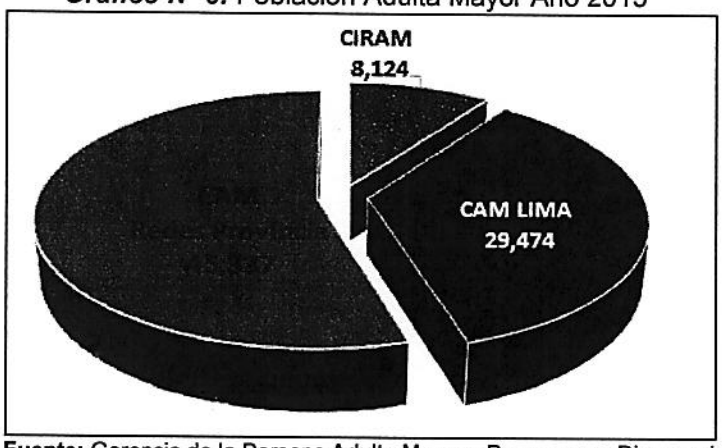
Del gráfico anterior, vemos que las prestaciones económicas por el rubro de sepelio ejecutó un 5.04% más respecto a su meta programada, lo que significa haber desembolsado un monto total de S/ 60 323 117, seguidamente tenemos a la prestación económica por lactancia que logró ejecutar un 2.67 % más respecto a lo programado, lo que implicó desembolsar un monto total de S/ 137 425 440, y en tercer lugar se encuentra la prestación económica por maternidad que ejecutó el 1.99% más respecto a su programación, esto implicó un desembolso total de S/ 183 256 664.

2.2.3 En Prestaciones Sociales

Dentro de éstas, tenemos las actividades desarrolladas por los Centros de Adulto Mayor (CAM), Círculos del Adulto Mayor, Centros de Rehabilitación Profesional (CERP) de EsSalud; cuya finalidad está orientada a promover los Derechos Humanos y Ciudadanía de la Persona Adulta Mayor, Envejecimiento Activo, Solidaridad Intergeneracional y Familia, Autocuidado y Nutrición Saludable y Servicios Complementarios.

En ese sentido, al cierre del año 2015, el total de población adulta mayor inscrita en los Centros y Círculos del Adulto Mayor del ámbito nacional fue 82 935 adultos mayores, de los cuales 29 474 (35.53%) corresponde a los Centros del Adulto Mayor - CAM Lima, 45 337 (54.67%) a los CAM provincia y 8 124 (9.8%) a los Círculos del Adulto Mayor - CIRAM, tal como observamos en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 8. Población Adulta Mayor Año 2015



Fuente: Gerencia de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad

Al cierre del IV Trimestre de 2015, se realizaron actividades de prestaciones sociales en los 124 Centros del Adulto Mayor a nivel nacional y 104 Círculos del Adulto Mayor. Dentro de su producción se realizaron 10887 Talleres de Alfabetización (Programa de Derechos Humanos y Ciudadanía de la Persona Adulta Mayor), que representó el 506% de su programación, este incremento ha sido por la ampliación de la cobertura de las prestaciones sociales por la implementación de dos nuevos Centros de Adulto Mayor de Surquillo e Independencia, es decir se amplió la atención del servicio gerontológico social a más de 800 usuarios adultos mayores.

Asimismo, cabe señalar que producto de la buena ejecución de estas actividades comprendidas dentro del Programa de Derechos Humanos y Ciudadanía de la Persona Adulta Mayor, se obtuvo un reconocimiento de Buenas Prácticas de Gestión Pública del Programa de Alfabetización, brindado por Ciudadanos al Día para el Año 2015.

Otro de los reconocimientos obtenidos durante el año 2015, fue otorgado por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, por el Programa "Ciberdiálogo" que se realiza en todos los CAM a nivel nacional.

En cuanto a las actividades de servicios complementarios (podología, cafetería, cosmetología, reflexología y masoterapia) llegó a una ejecución del 64% de la meta programada, por ser servicios autofinanciados lo que dificulta la continuidad del contrato de estos servicios complementarios que se brindan en los CAM y CIRAM. En general durante el año 2015 se presentaron dificultades para el sostenimiento de los alquileres de las Unidades Operativas de prestaciones sociales (CAM y CIRAM) por los altos costos de alquileres y deterioro de algunos locales alquilados lo que generó la reubicación de algunos CAM en Lima y provincias.

A continuación, en el cuadro N° 7 se detalla el nivel de ejecución de las actividades programadas para el Centro del Adulto Mayor (CAM).

Cuadro N° 7. *Producción de Prestaciones Sociales en los Centros del Adulto Mayor – (CAM)*

	ACTIVIDADES	Metas 2015	Programado al IV Trimestre	Ejecutado al IV Trimestre	Cumplimiento %
I	**PROGRAMA DE DERECHOS HUMANOS y CIUDADANIA DE LA PERSONA ADULTA MAYOR**				
	Taller de Derechos de la Persona Adulta Mayor	4,000	4,000	15,631	391%
	Campañas Educativas para el Buen Trato a persona Adulta Mayor	117,618	117,618	63,241	54%
	Taller de Alfabetización	2,151	2,151	10,887	506%
II	**PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO**				
	Taller de inteligencia emocional	32,387	32,387	31,432	97%
	Taller de memoria	32,276	32,276	34,366	106%
	Taller de afecto y sexualidad	4,000	4,000	15,190	380%
	Taller de ejercicios aeróbicos	60,686	60,686	51,972	86%
	Taller de ejercicios de resistencia	4,200	4,200	27,142	646%
	Taller de Tai Chi	60,686	60,686	35,186	58%
	Actividad deportiva / recreativa	117,027	117,027	93,766	80%
	Taller de danza	66,049	66,049	62,766	95%
	Taller de Arte	28,307	28,307	37,137	131%
	Taller de ciberdialogo	48,236	48,236	20,629	43%
	Actividad de turismo social	45,577	45,577	41,159	90%
	Actividades de socialización	433,320	433,320	447,871	103%
III	**PROGRAMA INTERGENERACIONAL**				
	Encuentro intergeneracional con las familias	29,153	29,153	25,517	88%
	Encuentro intergeneracional con instituciones educativas	12,494	12,494	15,640	125%
	Grupo voluntario de apoyo a la familia	13,724	13,724	10,053	73%
IV	**PROGRAMA DE AUTOCUIDADO**				
	Taller de autocuidado	85,600	85,600	61,905	72%
	Taller de orientación nutricional	4,200	4,200	19,574	466%
	Comedor Social	693,780	693,780	404,080	58%
V	**PROGRAMA DE MICROEMPRENDIMIMIENTO**				
	Taller Ocupacional	83,980	83,980	71,069	85%
	Taller de microemprendimiento	3,846	3,846	4,410	115%
	Taller de Biohuerto y Medio Ambiente	29,293	29,293	15,920	54%
VI	**SERVICIOS COMPLEMENTARIOS**	346,304	346,304	220,479	64%

Fuente: Gerencia de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad

En el Cuadro N° 8, se aprecia el nivel de cumplimiento de las evaluaciones de ingreso al CAM que es inferior al 50%, lo cual nos permite evaluar la implementación de medidas correctivas que permitan mejorar su cumplimiento.

Cuadro N° 8. *Pruebas de Ingreso y Resultados de los Participantes del CAM*

Actividades	Meta 2015	Programado al IV Trimestre	Ejecutado al IV Trimestre	Cumplimiento %
EVALUACION DE INGRESO AL CAM				
Evaluación Socio Familiar	19,000	19,000	6,150	32%
Evaluación Funcional	19,000	19,000	6,150	32%
Evaluación Emocional	19,000	19,000	6,150	32%
Evaluación Cognitiva	19,000	19,000	6,150	32%

Fuente: Gerencia de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad

Con respecto al nivel de cumplimiento de las actividades programadas en los Círculos del Adulto Mayor, el Taller ocupacional y el Turismo Social alcanzó el 95%, pero las demás actividades no han superado el 80% de nivel de cumplimiento (Taller artístico, taller de cultura física, taller de autocuidado y actividades de socialización), tal como se aprecia en el Cuadro N° 9.

Cuadro N° 9. *Producción de Prestaciones Sociales en los Círculos de Adulto Mayor - CIRAM*

ACTIVIDADES	Meta 2015	Programado Al IV Trimestre	Ejecutado Al IV Trimestre	Cumplimiento %
PROGRAMA ESTILOS DE VIDA PARA UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO				
Taller Ocupacional	6,300	6,300	5,983	95%
Taller Artístico	6,096	6,096	4,485	74%
Taller Cultura Física	12,311	12,311	10,095	82%
Taller de Autocuidado	14,353	14,353	11,809	82%
Actividades de Socialización	25,016	25,016	19,296	77%
Turismo Social	5,511	5,511	5,156	94%

Fuente: Gerencia de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad

Al IV Trimestre del año 2015, se realizaron actividades de prestaciones sociales en los 4 Centros Especializados de Rehabilitación Profesional a nivel nacional (Callao, La Victoria, Piura y Arequipa) y 13 Módulos de Rehabilitación Profesional (Áncash, Cusco, Junín, Lambayeque, Puno, Cajamarca, La Libertad, Loreto, Tacna, Lima, Ayacucho, Ica y Tumbes).

En el Cuadro N° 10, se pude observar que con respecto a las actividades de los Centros de Rehabilitación Profesional y Social (CERPS), al cierre del año 2015, se ha obtenido un nivel de ejecución en algunas actividades de más del 100%, resaltando entre ellas la del Programa de Rehabilitación Social, en donde la actividad de Sensibilización en Empresas y Comunidad ejecutó más de 400% respondiendo a que se ha ampliado la cobertura de atención hacia personas con discapacidad menores de 14 años y se realizó una mayor difusión de los Programas de Rehabilitación Profesional y Social, con mayor participación de las empresas; asimismo, se desarrollaron iniciativas para el incremento del número de asegurados con discapacidad integrados laboralmente, como los "Encuentros Laborales" donde los representantes de las empresas ponen a disposición puestos laborales que son finalmente ocupados por los usuarios de los CERPS que han seguido el proceso de Rehabilitación Profesional.

Una de las actividades de mayor relevancia en términos de impacto, porque incide en la inclusión laboral y social de las personas con discapacidad, ha sido la colocación laboral dependiente, que logró alcanzar el 147% respecto a la meta programada.

En el año 2015 se ha dado énfasis a las adecuaciones normativas en materia de organización de servicios de prestaciones sociales para las personas con

discapacidad, con el fin de promover el mayor número de inscripciones de personas con discapacidad en las unidades operativas de prestaciones sociales (CERP y MBRP)

Asimismo, se realizó la capacitación y entrenamiento de profesionales de prestaciones sociales en rehabilitación profesional y social. Es por ello que, en el mes de setiembre de 2015 se realizó el "Curso Internacional de Rehabilitación Social y Profesional" con la finalidad de compartir experiencias con expertos nacionales e internacionales y contribuir con el mejoramiento de los procesos de Rehabilitación Social y Profesional, en beneficio de las personas aseguradas con discapacidad y lograr el fortalecimiento de los servicios que se brindan en las Unidades Operativas de Rehabilitación Profesional de EsSalud a nivel nacional. Contó con la presencia de los profesionales de las 17 Unidades Operativas a nivel nacional.

Para incrementar la cobertura en el programa de rehabilitación social se ejecutó el programa "Recrea tu Verano" en el mes de febrero en el CERP Callao y tuvo como finalidad fomentar las actividades deportivas terapéuticas, recreativas, formativas y competitivas a través del mantenimiento de las capacidades físicas e intelectuales de las personas con discapacidad, orientadas a su integración e inclusión socio laboral; con actividades como nado sincronizado, acuaterapia, aquaeróbicos y vóley acuático.

En el mes de mayo 2015, se realizó el "Simposio de la Ley de la Persona con Discapacidad Responsabilidad Social: Tarea de Todos" el cual contó con la participación de representantes del sector empresarial, instituciones educativas, Ministerio de Trabajo Y Promoción del Empleo y Congreso de la República, con la finalidad de sensibilizar a las Empresas, lo que impacto en el incremento de las metas de sensibilización para empresa y comunidad (462%).

En el mes de noviembre 2015, se realizó el mega evento: de Juegos Paradeportivos "Campeonato Nacional de Deportes Adaptados 2015" con la participación de las personas con discapacidad entrenadas en deportes adaptados.

En el mes de diciembre 2015, se realizó en el Auditorio de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón-UNIFE, la Ceremonia de "Reconocimiento a las Experiencias Exitosas y Reconocimiento "Dr. Gino Costa Elice", entregado a 5 asegurados con discapacidad de EsSalud destacados en el ámbito social y laboral. La finalidad fue inspirar con sus historias de vida y motivar e incentivar a la sociedad a participar en la inclusión socio laboral de la persona con discapacidad.

Es importante mencionar que existe escaso personal especializado en el entrenamiento y formación de deportes adaptados para las personas con discapacidad por lo que solo se ha logrado alcanzar el 52% de la meta programada, además de estar en proceso el convenio con el Instituto Peruano de Deportes (IPD).

Cuadro N° 10. *Producción de Prestaciones Sociales en los Centros Especializados de Rehabilitación Profesional - CERP*

Actividades CERP	Meta 2015	Programado Al IV Trimestre	Ejecutado Al IV Trimestre	Cumplimiento %
N° Participantes – Admisión	2,200	2,200	2,268	103%
ACTIVIDADES DE REHABILITACION PROFESIONAL				
Evaluación Médica	2,200	2,200	2,361	107%
Evaluación Psicológica	1,785	1,785	2,268	127%
Evaluación Social	1,785	1,785	1,742	98%
Evaluación Ocupacional	1,785	1,785	1,392	78%
Capacitación para el Trabajo	600	600	537	90%
Colocación Laboral Dependiente	508	508	745	147%
Colocación Laboral Independiente	351	351	312	89%
ACTIVIDADES DE REHABILITACION SOCIAL				
Sensibilización para Empresas y Comunidad	26	26	120	462%
Acondicionamiento físico para el trabajo	7,000	7,000	5,615	80%
Evento de Integración Social	93	93	54	58%
PROGRAMAS COMPLEMENTARIOS (N° usuarios)				
Enseñanza y práctica de deportes adaptados	4,000	4,000	2,080	52%

Fuente: Gerencia de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad

Asimismo, podemos observar del Cuadro N° 11 que las actividades de los Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional y Social (MBRP) durante el año 2015, sobrepasaron en más del 100% su nivel de ejecución. Esto debido a que en dicho periodo se incrementó el número de MBRP en Ayacucho, Ica, Tumbes y Tacna, inscribiendo a más de 250 personas con discapacidad para su integración social y laboral.

Cuadro N° 11. *Producción de Prestaciones Sociales en los Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional - MBRP*

Actividades MBRP	Meta 2015	Programado al IV Trimestre	Ejecutado al IV Trimestre	Cumplimiento %
N° Participantes – Admisión	640	640	1,485	232%
ACTIVIDADES DE REHABILITACION PROFESIONAL				
Actividades de Evaluación Integral para el Trabajo	550	550	1,347	245%
Capacitación para el Trabajo	300	300	398	133%
Colocación Laboral Dependiente	108	108	310	287%
Implementación del Plan de Negocios Independiente	71	71	133	187%
ACTIVIDADES DE REHABILITACION SOCIAL				
Evento de Integración Social	140	140	227	162%
Sensibilización en Empresas y Comunidad	131	131	399	305%
PROGRAMAS COMPLEMENTARIOS (N° usuarios)				
Enseñanza y práctica de deportes adaptados	660	660	914	138%

Fuente: Gerencia de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad

Con la finalidad de sensibilizar a la sociedad (rehabilitación social) sobre los desafíos que plantea el tener algún tipo de discapacidad y revalorizar su aporte a la sociedad como miembros activos de la misma, se realizó el 11 de diciembre 2015 la actividad "No tengo límites, más capacidad, menos discapacidad" en el Auditorio de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón-UNIFE, con la participación de 800 personas con discapacidad y profesionales de EsSalud. La finalidad fue exponer y demostrar a través de una puesta en escena (obra teatral), el talento de ocho asegurados con discapacidad integrados laboralmente en un puesto de trabajo, como

consecuencia de haber culminado el proceso de rehabilitación profesional en los CERP La Victoria y Callao, los mismos que tuvieron oportunidad de interactuar con actores profesionales y reconocidos en el medio. Esta obra teatral, cuyo tema fue "Todos Somos Súper Humanos" empodera a las personas con discapacidad a través de la demostración de las capacidades y talento innato de cada uno de los participantes.

A modo de resumen, tenemos que la operatividad de los Centros del Adulto Mayor nos ha permitido evidenciar un impacto positivo en la oferta de Servicios Gerontológico Sociales y en la calidad de vida de las más de 82 935 personas adultas mayores beneficiarias de estos servicios en el ámbito nacional, lo que incide positivamente en la mejora de su desarrollo personal y bienestar social.

Esta significativa, producción también muestra altos niveles de eficiencia y eficacia en la gestión de los CAM, CIRAM, CERP y MBRP, como resultado del compromiso de las profesionales Trabajadoras Sociales que los dirigen, a pesar de los escasos recursos presupuestales y de materiales con los que cuentan.

2.3 Indicadores Sanitarios

Por otro lado, es importante mencionar que la evaluación de las actividades de prestaciones de salud (priorizadas), nos conlleva a evaluar 08 Indicadores de prestaciones de salud, como se advierte en el siguiente Cuadro (Evaluación de Indicadores FONAFE – Plan Operativo al IV Trimestre del año 2015).

Cuadro N° 12. *Evaluación de Indicadores FONAFE - Plan Operativo al IV Trimestre del Año 2015*

Objetivo Estratégico	Indicador	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Meta Anual 2015	Meta al IV Trim. 2015	Ejecución al IV Trim. 2015	Diferencia	Nivel de Cumplimiento %
Mejorar calidad de los servicios de salud logrando un alto nivel de satisfacción de asegurados	Diferimiento de Citas de Consulta Externa de Pacientes referidos (*)	N° de días de espera para citas de consulta externa de pacientes referidos del I nivel al II y III nivel atención / N° de pacientes referidos del I nivel de atención al II y III nivel atención	Días espera	15	15	29.48	14.48	50.88%
	Tiempo de Espera para intervención quirúrgica (*)	Total de días para la intervención quirúrgica de pacientes aptos / Total de pacientes aptos	Días espera	45	45	73.55	28.55	61.18%
	Promedio de Permanencia en Hospitalización General (*)	N° de Días de estancia en Hospitalización General / Total de Egresos en Hospitalización General	Días estancia	4.8	4.8	5.12	0.32	93.73%
	Porcentaje de Pacientes Dias en Sala de Observación < de 24 horas	Total de Egresos de Paciente en Sala de Observación de Emergencia <= de 24 horas x 100 / Total de Egresos de Pacientes de Sala de Observación en Emergencia	% Paciente día Sala de Observación	75%	75%	76.26%	1.26	101.69%
Implementar sistema de atención integral basado en la atención primaria y prioridades sanitarias	Mejoramiento de Capacidad Resolutiva en el Primer Nivel de Atención	N° de Consultas Médicas realizadas en Establecimientos del I Nivel / N° de Consultas Médicas realizadas en establecimientos de II y III Nivel	Ratio	0.67	0.67	0.68	0.01	101.49%
	Cobertura de Mamografías Preventivas	N° Total Resultados Mamografías Preventivas en mujeres asegurada de 50 a 74 años x 100 / N° de Mujeres Aseguradas de 50 a 74 años	% Mamografías	20%	20%	19.92%	-0.08	99.59%
	Cobertura de Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino (PAPANICOLAU)	N° Resultados Muestras PAP Cérvico Vaginal Tamizaje realizadas a mujeres aseguradas entre 21 a 65 años x 100 / Total de Mujeres Aseguradas entre 21 a 65 años	% PAP	23%	23%	23.54%	0.24	101.04%
	Cobertura de Vacunación Pentavalente en Niños menores de 1 año	N° de vacunación pentavalente (3 dosis) aplicadas a niños(as) menores de 1 año x100 / Total de niños(as) menores de 1 año	% Vacunas	66%	66%	57.32%	-8.98	86.46%

Fuente: Sistema Estadístico de Salud - SES - GCPD
(*) Son indicadores decrecientes, cuyo cálculo de nivel de cumplimiento es inverso a los indicadores crecientes.

Nota: En el SISFONAFE el cálculo de la columna Ejecución al III Trimestre es automático, por lo que no permite diferenciar el cálculo para los indicadores de comportamiento decreciente, mostrando porcentajes que difieren de lo mostrado en el presente cuadro.

A continuación, detallamos los principales resultados obtenidos por las redes asistenciales en cada uno de estos Indicadores Sanitarios, al IV Trimestre 2015:

a. Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva del Primer Nivel Atención

Mide la capacidad resolutiva del primer nivel de atención; que incluye consultas preventivo-promocionales y recuperativas de baja y mediana complejidad, cuenta con ayuda al diagnóstico y tratamiento.

El mejoramiento de la capacidad resolutiva del I nivel de atención permite contener la gran demanda de consulta ambulatoria de baja y mediana complejidad, que constituye el mayor volumen de atenciones que brinda EsSalud. Esto permitirá conseguir una mayor oportunidad y calidad en la atención de salud y descongestionará tanto la consulta externa y la emergencia del II y III nivel de atención que actualmente están saturados por atenciones que no corresponden a ese nivel resolutivo.

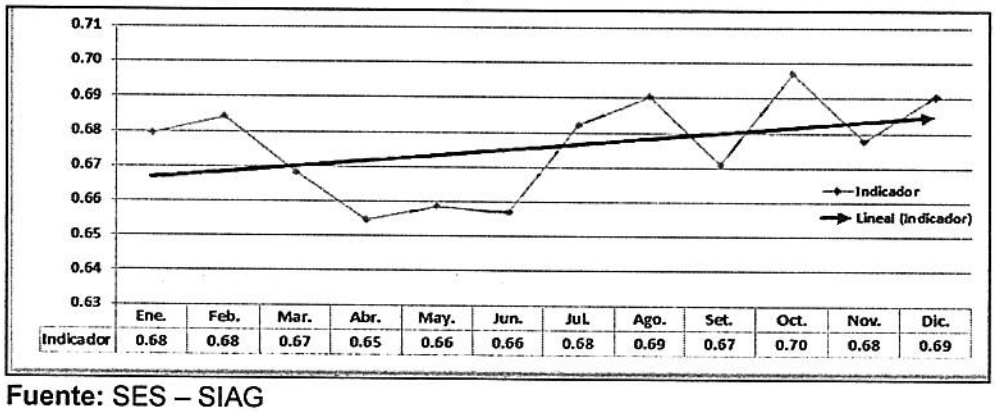
Al mes de diciembre 2015, se programó un ratio de 0.67 como indicador de mejoramiento de la capacidad resolutiva en el primer nivel de atención, lográndose el 0.68, lo cual representa un nivel de cumplimiento del 101.49%. El indicador nos muestra que el número de consultas en establecimientos de Nivel I ha tenido una tendencia promedio durante el año de crecimiento ligeramente mayor que los hospitales de mayor especialización (Niveles II y III) en el segundo trimestre del año 2015, luego la variación de pacientes atendidos redujo el indicador a 0.65 en el mes de abril, pero al mes siguiente tuvo una recuperación continua hasta el mes de agosto, para luego disminuir a 0.67 (setiembre). Posteriormente, en el mes de diciembre, se recuperó a 0.69, principalmente por disminución importante de la consulta externa en los establecimientos del nivel II y III, logrando tener un indicador anual de 0.68, superando la meta programada.

Cuadro N° 13. *Evolución del Indicador de Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva en el I Nivel*

Nombre del Indicador	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015	Actividades de Producción	Ejecución Metas de Producción 2015													Valor alcanzado 2015
					Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Oct.	Nov.	Dic.	Total	
Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva en el I Nivel de Atención	Ratio	0.75	0.67	Capacidad Resolutiva I Nivel	653201	653833	694171	670502	660065	678770	675601	702373	724859	712338	721492	651173	8198378	0.68
				Capacidad Resolutiva II y III Nivel	961313	955642	1038666	1024098	1002178	1033016	990265	1017481	1080285	1022029	1064344	943000	12132317	
				Valor Mensual del Indicador	0.68	0.68	0.67	0.65	0.66	0.66	0.68	0.69	0.67	0.70	0.68	0.69	0.68	

Fuente: SES – SIAG

Gráfico N° 9. Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva del I Nivel de Atención



Fuente: SES – SIAG

Las Redes Asistenciales con niveles de cumplimiento menores al 95% fueron: Pasco, Juliaca y Tumbes, deberán establecer mecanismos de apoyo descentralizado, convenios de intercambio prestacional, programaciones RPCT u otras estrategias que garanticen el incremento de consultas en EESS de I nivel de atención, en el marco de cumplimiento del Plan Operativo Institucional y Acuerdos de Gestión.

b. Diferimiento de Citas en Consulta Externa de Pacientes Referidos del I Nivel al II y III Nivel de Atención

Mide el tiempo promedio de espera del paciente que es referido del primer nivel de atención para el otorgamiento de una cita en el hospital de referencia.

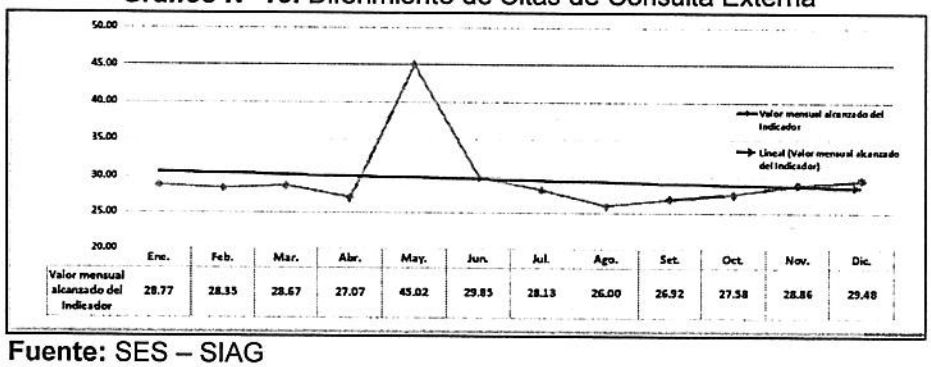
De acuerdo al reporte del Sistema de Referencias y Contrarreferencias administrado por la Oficina de Información de Operaciones, se ha obtenido al IV trimestre 2015, un diferimiento nacional de 29.61 días, lo que representa el 50.88% de cumplimiento respecto a la meta programada de 15 días.

Cuadro N° 14. *Evolución del Indicador Diferimiento de Citas Consulta Externa*

Nombre del Indicador	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015	Actividades de Producción	Ejecución Metas de Producción 2015												Valor alcanzado del Indicador a Diciembre - 2015
					Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Oct.	Nov.	Dic.	Total	
Diferimento de Citas Consulta Externa pacientes referidos del I al II y III Nivel	Días	15	15	Total de Dias de Espera	2199381	2173082	2499900	2054698	3619100	2407068	2152782	1859808	2179301	2141122	2342777	2228117	27857136	29.61
				Total de Pacientes Referidos	76457	76656	87203	75895	80397	80647	76520	71535	80951	77636	81173	75577	940647	
				Valor mensual alcanzado del Indicador	28.77	28.35	28.67	27.07	45.02	29.85	28.13	26.00	26.92	27.58	28.86	29.48	29.61	

Fuente: SES – SIAG

Gráfico N° 10. Diferimiento de Citas de Consulta Externa



Fuente: SES – SIAG

El indicador nos muestra que durante el año 2015 el diferimiento no mostró una disminución debido a que fluctuó entre 28.77 días (enero) y 29.48 días (diciembre) (Línea de Tendencia) aunque, el número de días se redujo en los meses de agosto y setiembre; en el mes de mayo llegó a 45 días, por lo que podemos concluir que no se llegó a la meta.

El 51.72% de las Redes Asistenciales (15) alcanzaron niveles de cumplimiento superiores al 85%, entre las que se encuentran: Amazonas, Áncash, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica, Huánuco, Huaraz, Ica, Juliaca, Moquegua, Moyobamba, Pasco, Puno y Ucayali. Por otro lado, las Redes Asistenciales que han obtenido diferimientos por encima de los 35 días son: Cusco (HN Adolfo Guevara – 47.29), Rebagliati (HNERM – 47.82) y Lambayeque (H II Luis Heysen Incháustegui – 46.57); recomendando al Jefe de Admisión o quien haga sus veces, la pronta identificación de inconvenientes que impiden el otorgamiento de la prestación de manera oportuna.

c. Tiempo de Espera para Intervención Quirúrgica

Mide la eficacia de la gestión quirúrgica en los establecimientos de salud, en sus componentes de los medios (capacidad logística), infraestructura y gestión administrativa. La suspensión de un acto quirúrgico por razones no dependientes del paciente implica altos costos de no calidad.

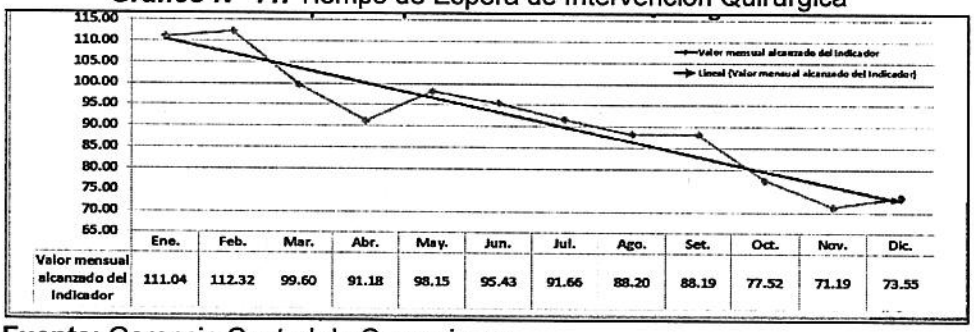
La meta programada al IV trimestre 2015 es de 45 días de espera quirúrgica; la información de la lista única de espera quirúrgica (20 874 pacientes en el mes de diciembre) se ha generado a partir de los reportes alcanzados por las redes asistenciales a la Gerencia Central de Operaciones correspondiente al 30 de diciembre 2015.

Cuadro N° 15. *Tiempo de Espera Intervención Quirúrgica*

Nombre del Indicador	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015	Actividades de Producción	Ejecución Metas de Producción 2015												Valor alcanzado del Indicador al mes de Diciembre - 2015
					Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Oct.	Nov.	Dic.	Total	
Tiempo de Espera de Intervención Quirúrgica	Días	45	45	Total de Días de Espera Quirúrgica	2524398	2574444	1982434	1894611	2000279	1853985	1903905	1883935	1919958	1589401	1409158	1535385	23071893	91.84
				N° de Pacientes Aptos	22735	22921	19903	20778	20380	19428	20771	21359	21770	20504	19794	20874	251217	
				Valor mensual alcanzado del Indicador	111.04	112.32	99.60	91.18	98.15	95.43	91.66	88.20	88.19	77.52	71.19	73.55	91.84	

Fuente: Gerencia Central de Operaciones

Gráfico N° 11. Tiempo de Espera de Intervención Quirúrgica



Fuente: Gerencia Central de Operaciones

El indicador nos muestra que el tiempo promedio de espera para una intervención quirúrgica durante el año 2015 fue de 91.84 días, lo cual no alcanza la meta de 45 días propuesta a inicios de año. Sin embargo, se ha logrado disminuir el tiempo de espera promedio en forma sostenida mes a mes, desde enero (111.04 días) a diciembre (73.55 días)

El 62.07% de las Redes Asistenciales (18) alcanzaron niveles de cumplimiento por encima del 85%, entre las que se encuentran: Cajamarca, Moyobamba, Puno, Ica, Madre de Dios, Ucayali, Amazonas, Áncash, Huaraz, Huancavelica, Huánuco, Pasco, Tumbes, Apurímac, Moquegua, Junín, Cusco y Arequipa.

Los mayores tiempos de espera para intervención quirúrgica se concentran en las redes asistenciales que cuentan con establecimientos de salud de mediana y alta complejidad, entre ellas se encuentran: Red Asistencial Almenara (75.85), Rebagliati (133.45), Sabogal (85.26) y Lambayeque (60.61); recomendando a los Gerentes y Directores de las redes asistenciales gestionar la lista única de espera quirúrgica y mejorar los tiempos de atención de pacientes con más de 90 días.

d. Promedio de Permanencia en Hospitalización General

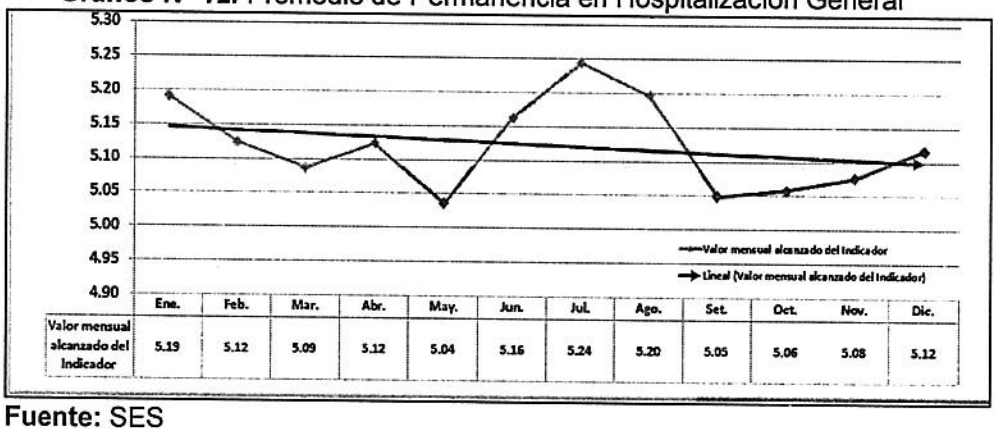
Mide el promedio de días que está hospitalizado un paciente. Una estadía o permanencia prolongada, puede presentarse por: inadecuado diagnóstico o tratamiento, ineficiencia de los servicios de apoyo al diagnóstico, inadecuados procesos de atención hospitalaria, deficiencias en la programación quirúrgica, entre otros aspectos de orden asistencial y administrativo. Al IV trimestre 2015, se programó un promedio de permanencia de 4.80 días de estancia por egreso, alcanzando para el periodo un total de 5.12 días, lo cual representa un nivel de cumplimiento del 93.73%.

Cuadro N° 16. *Promedio Permanencia Hospitalización General*

Nombre del Indicador	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015	Actividades de Producción	Ejecución Metas de Producción 2015													Valor alcanzado del Indicador al mes de Diciembre - 2015
					Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Oct.	Nov.	Dic.	Total	
Promedio de Permanencia en Hospitalización General	Días	4.8	4.8	Días de Estancia Hospitalaria	238631	225809	248060	241404	242286	239725	242746	238949	239368	241717	234777	234895	2868367	5.12
				Egresos Hospitalarios	45967	44069	48768	47115	48114	46429	46286	45979	47410	47785	46252	45907	560081	
				Valor mensual alcanzado del Indicador	5.19	5.12	5.09	5.12	5.04	5.16	5.24	5.20	5.05	5.06	5.08	5.12	5.12	

Fuente: SES

Gráfico N° 12. Promedio de Permanencia en Hospitalización General



	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Oct.	Nov.	Dic.
Valor mensual alcanzado del Indicador	5.19	5.12	5.09	5.12	5.04	5.16	5.24	5.20	5.05	5.06	5.08	5.12

Fuente: SES

El indicador nos muestra que en el año 2015 la tendencia del promedio de días de permanencia a nivel nacional se logró reducir de 5.19 a 5.12. Durante los primeros cinco meses el número de días se redujo hasta 5.04, posteriormente en el mes de julio aumentó a 5.24 días y se redujo a 5.05 días en el mes de setiembre. Este comportamiento continuó durante el tercer y cuarto trimestre para finalizar en el mes de diciembre con un promedio de 5.12 días. Sin embargo, no se logró alcanzar la meta de 4.80.

El 86.21% de las redes asistenciales (25) alcanzaron niveles de cumplimiento por encima del 95%. Las redes asistenciales cuyos resultados al IV trimestre no alcanzaron la meta programada son: Almenara, Moyobamba, Cajamarca y Tumbes; recomendando el mejoramiento de los procesos de atención en los servicios de hospitalización, centros quirúrgicos, apoyo al diagnóstico y tratamiento, priorizando los establecimientos de salud que evidencian estancias prolongadas de pacientes en hospitalización general, entre los que podemos mencionar: Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (7.93 días), Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo (8.42), Hospital Nacional Guillermo Almenara (8.62 días) y Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (12.36 días).

e. Porcentaje de Pacientes en sala de observación de emergencia <= 24 Horas

Mide la eficacia de las unidades de salas de observación de los servicios de emergencias para el manejo oportuno de la demanda de prioridades I y II. La permanencia en las salas de observación de emergencia no debe exceder de 24 horas, por ser áreas para el diagnóstico - tratamiento y estabilización del paciente con oportunidad.

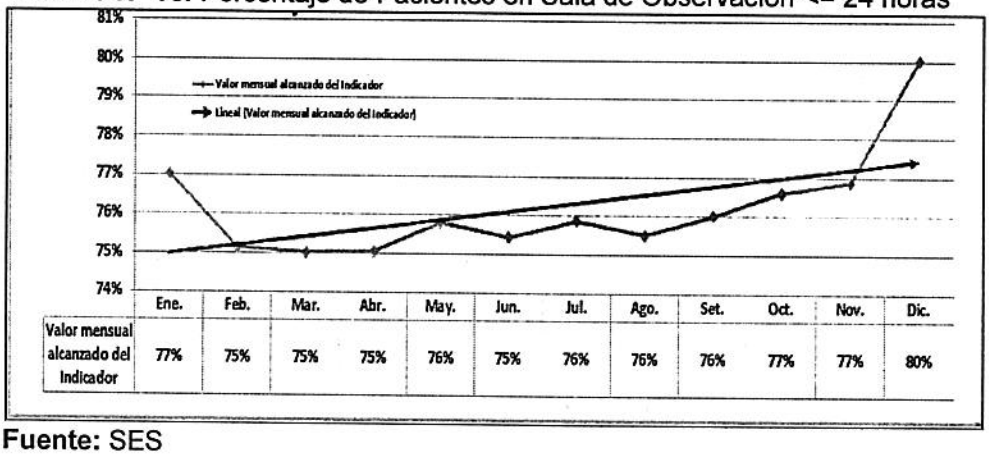
Para el 2015 se ha contemplado alcanzar la meta institucional orientada a obtener el 75% del total de pacientes en sala de observación de emergencia con permanencia <= 24 horas. De acuerdo a lo reportado por el Sistema Estadístico de Salud, se ha logrado obtener a nivel nacional un 76.26% de pacientes con estancias menores de 24 horas en sala de observación de emergencia, obteniéndose un nivel de cumplimiento del 101.69%.

Cuadro N° 17. *Porcentaje de Pacientes en Sala de Observación <= 24 horas*

Nombre del Indicador	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015	Actividades de Producción	Ejecución Metas de Producción 2015													Valor alcanzado del Indicador al mes de Diciembre - 2015
					Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Oct.	Nov.	Dic.	Total	
Porcentaje de Pacientes en Sala de Observación <=	Porcentaje (%)	75%	75%	Pacientes en Sala de Observación >24 horas	9628	9624	10647	10480	10179	9825	9841	9988	10139	9858	9536	9801	119546	76.26%
				Pacientes en Sala de Observación <= 24 horas	32288	29090	31994	31542	31915	30187	30947	30792	32120	32265	31684	39284	384108	
				Valor mensual alcanzado del Indicador	77%	75%	75%	75%	76%	75%	76%	76%	76%	77%	77%	80%	76%	

Fuente: SES

Gráfico N° 13. Porcentaje de Pacientes en Sala de Observación <= 24 horas



	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Oct.	Nov.	Dic.
Valor mensual alcanzado del Indicador	77%	75%	75%	75%	76%	75%	76%	76%	76%	77%	77%	80%

Fuente: SES

El indicador nos muestra que el porcentaje de pacientes que egresaron de sala de observación en menos de 24 horas con respecto al total de pacientes atendidos durante el año 2015 fue moderado a lo largo del año, iniciaron en enero con 77%, descendieron a 75% en los meses de febrero-abril y junio, llegando en diciembre a 80%. El promedio anual fue de 76.26% de pacientes con estancia en emergencia menor de 24 horas. No se logró la meta programada de 75%.

El 68.97% de las 29 redes asistenciales, 20 redes, alcanzaron niveles de cumplimiento por encima del 95%. Por otro lado, se recomienda que las Redes Asistenciales: Cusco, Almenara, Tacna, Rebagliati, Huancavelica, Lambayeque, Piura, Arequipa y Sabogal, disminuyan el número de pacientes en sala de observación con estancia mayor de 24 horas en sus hospitales base a fin de evitar el congestionamiento en los servicios de emergencia.

f. Cobertura de Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino

Mide la capacidad de intervención oportuna en la detección de cáncer, disminuyendo el impacto de la enfermedad. La detección precoz de cáncer de cuello uterino en las mujeres entre 21 a 65 años es una actividad esencial de todos los niveles de atención en la seguridad social.

Para el año 2015 se ha planteado como meta anual, alcanzar la cobertura del 23.30%, de acuerdo a la información del Sistema Estadístico de Salud, al IV trimestre 2015 se realizó una producción de 713194 muestras PAP procesadas en mujeres de 21-65 años, lo cual representa el 100.88% respecto a lo programado (706 996).

La cobertura nacional alcanzada fue de 23.54% respecto a lo programado al mes de diciembre 2015 (23.30%), alcanzando para este periodo, un nivel de cumplimiento del 101.04%.

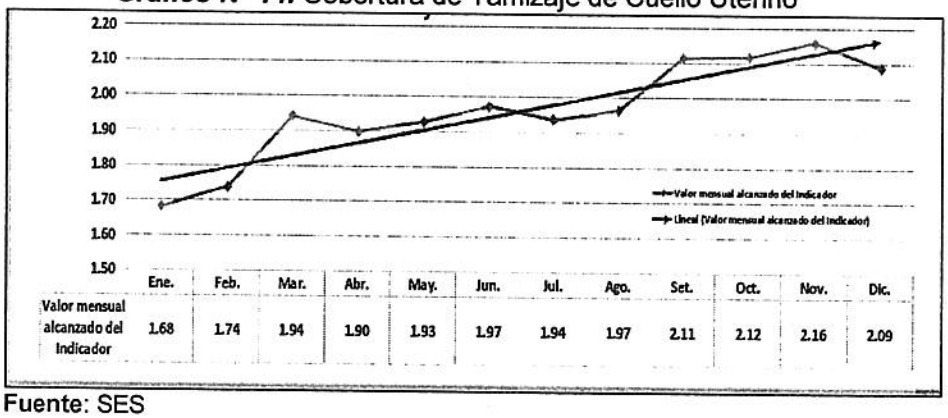
Al ser un indicador cuya población objetivo mensualizada es de 3 029 378 mujeres, cada mes se ha logrado las coberturas que se señalan: 1.68, 1.74, ...,2.09. Para obtener la cobertura anual, se suman todos los PAP que se realizaron en el año y se divide entre la población objetiva, lo que nos permite obtener una cobertura anual de 23.54, superando la meta anual programada.

Cuadro N° 18. *Cobertura de Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino*

Nombre del Indicador	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015	Actividades de Producción	Ejecución Metas de Producción 2015													Valor alcanzado del Indicador al mes de Diciembre - 2015
					Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Oct.	Nov.	Dic.	Total	
Cobertura de Tamizaje de Cancer de Cuello Uterino	Cobertura (%)	27.70%	23.30%	Producción de Tamizaje de Papanicolao	50946	52667	58828	57549	58396	59757	58661	59528	64069	64134	65398	63261	713194	23.54
				Asegurados de 21 a 65 años	3029378	3029378	3029378	3029378	3029378	3029378	3029378	3029378	3029378	3029378	3029378	3029378	3029378	
				Valor mensual alcanzado del Indicador	1.68	1.74	1.94	1.90	1.93	1.97	1.94	1.97	2.11	2.12	2.16	2.09	23.54	

Fuente: SES

Gráfico N° 14. Cobertura de Tamizaje de Cuello Uterino

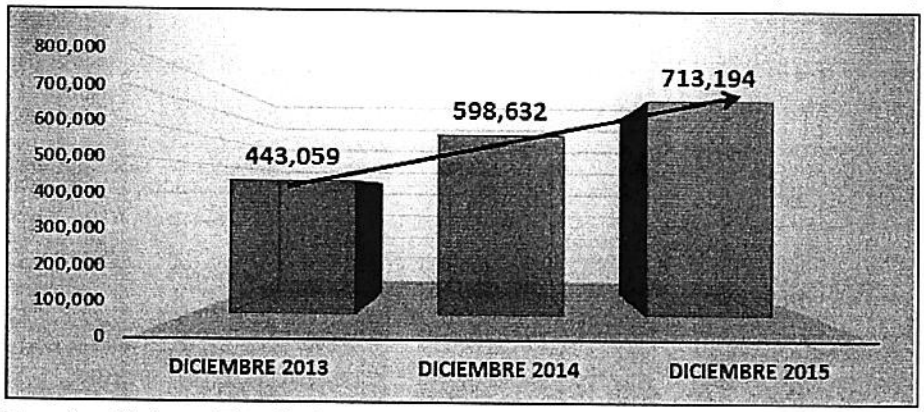


	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Oct.	Nov.	Dic.
Valor mensual alcanzado del Indicador	1.68	1.74	1.94	1.90	1.93	1.97	1.94	1.97	2.11	2.12	2.16	2.09

Fuente: SES

Al mes de diciembre 2015, se evidencia un incremento de la producción de PAP (114,562), respecto a lo ejecutado en el IV trimestre del 2014. Los niveles de desempeño son alentadores considerando que cada red asistencial viene adoptando diferentes estrategias orientadas al cumplimiento de las metas establecidas y monitoreadas a través del proceso de evaluación de Acuerdos de Gestión 2015.

Gráfico N° 15. Evolución de la Producción del PAP a Diciembre (2013-2015)



Fuente: Sistema Estadístico de Salud

g. Cobertura de Tamizaje de Cáncer de Mama

El cáncer de mama es una condición oncológica frecuente en las mujeres aseguradas. El tamizaje para la detección precoz en las mujeres de 50 a 74 años (Cartera de Servicios de Complejidad Creciente, Resolución N° 487-GG-ESSALUD-2014) permite identificar precozmente esta condición, contribuyendo a salvar vidas y a reducir los costos por atención en estadios más avanzados de enfermedad.

De acuerdo a la información estadística, al IV trimestre 2015 se realizó una producción de 204 802 mamografías preventivas para mujeres de 50-74 años, lo cual representa el 99.47% respecto a lo programado para el periodo (205 890).

La cobertura nacional alcanzada fue de 19.92% respecto a lo programado hasta el mes de diciembre 2015 (20%), alcanzando un nivel de cumplimiento del 99.59%.

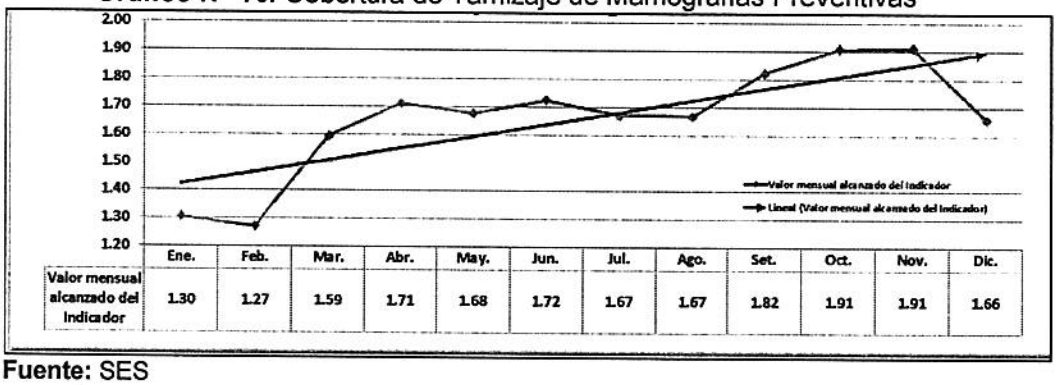
La población objetivo de este indicador es de 1 028 195 mujeres entre 50 y 74 años, lo que nos permitió lograr una cobertura de 19.92, muy cercana a la meta planteada.

Cuadro N° 19. *Cobertura de Tamizaje de Mamografías Preventivas*

Nombre del Indicador	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015	Actividades de Producción	Ejecución Metas de Producción 2015													Valor alcanzado del Indicador al mes de Diciembre - 2015
					Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Oct.	Nov.	Dic.	Total	
Cobertura de Tamizaje de Mamografías Preventivas	Cobertura (%)	22.60%	20.00%	Producción de Mamografías Preventivas	13409	13066	16394	17581	17259	17726	17172	17140	18733	19622	19654	17046	204802	19.92
				Asegurados de 50 a 74 años	1028195	1028195	1028195	1028195	1028195	1028195	1028195	1028195	1028195	1028195	1028195	1028195	1028195	
				Valor mensual alcanzado del Indicador	1.30	1.27	1.59	1.71	1.68	1.72	1.67	1.67	1.82	1.91	1.91	1.66	19.92	

Fuente: SES

Gráfico N° 16. Cobertura de Tamizaje de Mamografías Preventivas



	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Oct.	Nov.	Dic.
Valor mensual alcanzado del Indicador	1.30	1.27	1.59	1.71	1.68	1.72	1.67	1.67	1.82	1.91	1.91	1.66

Fuente: SES

Al mes de diciembre 2015, se evidencia un incremento de la producción de mamografías preventivas (35120), respecto a lo ejecutado en el 2014. Los niveles de desempeño son alentadores considerando que cada red asistencial viene adoptando diferentes estrategias orientadas al cumplimiento de las metas establecidas en el Plan Operativo Institucional y monitoreadas a través del proceso de evaluación de Acuerdos de Gestión 2015.

Gráfico N° 17. Evolución de la Producción de Mamografías al Mes de Diciembre (2013 - 2015)



Fuente: Sistema Estadístico de Salud

h. Cobertura de Vacunación Pentavalente (3era. dosis)

Mide la magnitud en la que se protege a la población asegurada de un conjunto de enfermedades transmisibles evitables mediante la vacunación.

La inmunización es una de las estrategias más costo efectivas en salud pública, que ha contribuido a disminuir la incidencia de muchas enfermedades infecciosas prevenibles por vacunación y erradicar alguna de ellas, siendo una de las inversiones en salud más acertadas.

El beneficio que brinda la estrategia de inmunizaciones depende de alcanzar buenas coberturas y garantizar una vacunación segura. Las bajas coberturas, reflejan una alta vulnerabilidad de la población y costos elevados en la atención de salud, con riesgos de discapacidad y muerte.

De acuerdo al reporte del Sistema Estadístico, al IV trimestre 2015 se realizó una producción de 93 239 vacunaciones pentavalentes (3era. dosis) para niños menores de un año, lo cual representa el 100.12% respecto a lo programado (93 128).

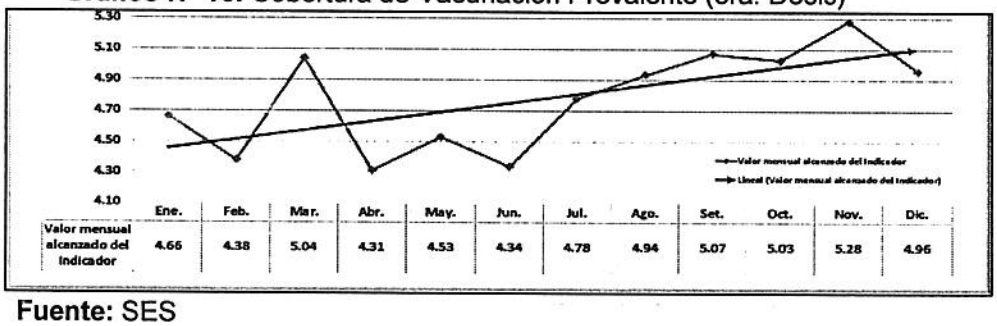
La población objetivo de este indicador es de 162 653, vacunaciones pentavalentes (3era. dosis) para niños menores de un año, lo que nos permitió lograr una cobertura de 57.32, cercana a la meta planteada.

Cuadro N° 20. *Cobertura de Vacunación Prevalente (3ra. Dosis)*

Nombre del Indicador	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015	Actividades de Producción	Ejecución Metas de Producción 2015												Valor alcanzado del Indicador al mes de Diciembre - 2015
					Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Oct.	Nov.	Dic.	Total	
Cobertura de Vacunación Pentavalente (3era dosis)	Cobertura (%)	81.00%	66.30%	Producción de 3ra Dosis Pentavalente	7586	7123	8198	7014	7369	7058	7774	8027	8251	8178	8594	8067	93239	57.32
				Niños asegurados menores de 1 año	162653	162653	162653	162653	162653	162653	162653	162653	162653	162653	162653	162653	162653	
				Valor mensual alcanzado del Indicador	4.66	4.38	5.04	4.31	4.53	4.34	4.78	4.94	5.07	5.03	5.28	4.96	57.32	

Fuente: SES

Gráfico N° 18. Cobertura de Vacunación Prevalente (3ra. Dosis)



	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Oct.	Nov.	Dic.
Valor mensual alcanzado del Indicador	4.66	4.38	5.04	4.31	4.53	4.34	4.78	4.94	5.07	5.03	5.28	4.96

Fuente: SES

2.4 Iniciativas de Gestión

En el marco del Plan Operativo Institucional 2015, se aprobaron 201 iniciativas de gestión para los Órganos Desconcentrados, de las cuales tenemos que el 45% (90), tienen un índice de avance mayor a 90%, el 15% (30) alcanzan un índice de avance entre el 75% a 90%, el 10% (21) tienen un índice de avance entre 60% a 75%, el 26% (52) tienen un índice de avance menor a 60% y el 4% (8) no registra ningún avance, tal como se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 21. *Resumen de Cumplimiento de Órganos Desconcentrados*

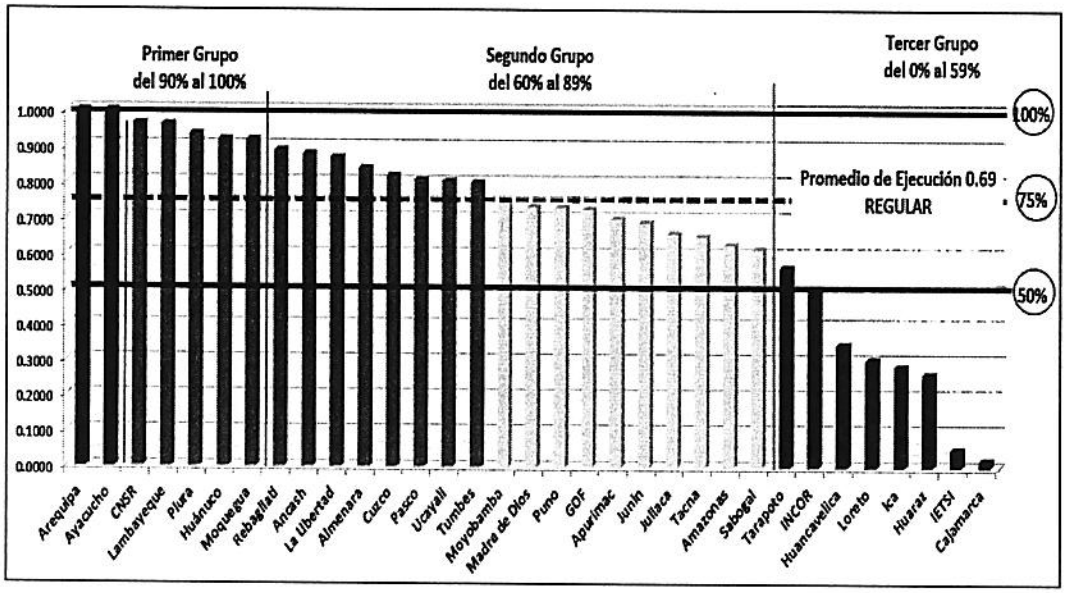
Criterio de Cumplimiento	Iniciativas ODC's	Nivel de Cumplimiento %
Excelente>90%	90	45%
>75% Bueno 90%	30	15%
>60% Regular 75%	21	10%
Malo <= 60%	52	26%
No registra avance	8	4%
Total	**201**	**100%**

Fuente: SGS

El siguiente gráfico, muestra el detalle el nivel de cumplimiento de los Órganos Desconcentrados por actividades operativas e iniciativas de gestión, tal como podemos observar tenemos que 15 de ellos obtuvieron nivel de cumplimiento entre bueno y

excelente, 10 de ellos obtuvieron un nivel de cumplimiento regular y 08 obtuvieron un nivel de cumplimiento malo.

Gráfico N° 19. Nivel de Desempeño del Avance de las Actividades/Iniciativas de Gestión del Plan Operativo de los Órganos Desconcentrados al mes de diciembre - 2015



Las iniciativas de Gestión de los Órganos Desconcentrados desagregados por líneas de trabajo se programaron de la siguiente forma:

- 49 dirigidas a las Prioridades Sanitarias,
- 10 dirigidas al Sistema de Información para la Vigilancia en Salud,
- 31 dirigidas al Fortalecimiento de la Atención Primaria,
- 52 dirigidas al Fortalecimiento de la Gestión y Procesos Clínicos,
- 20 dirigidas al Fortalecimiento del Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo,
- 21 dirigidas al Fortalecimiento de la Calidad y Seguridad del Paciente,
- 18 dirigidas al Fortalecimiento de la Gestión Administrativa.

A continuación se mencionan los órganos desconcentrados que han cumplido con el 100% de avance en sus iniciativas de gestión, de acuerdo a las líneas de intervención priorizadas:

a. Iniciativas de Gestión dirigidas a Prioridades Sanitarias

1. Evaluación y Selección de 07 establecimientos estratégicos para fortalecer el control de la enfermedad en pacientes hipertensos y diabéticos de la RAS Pasco (PM Colquijirca, CM Huayllay, PM Milpo, PM Chicrim, PM Puerto Bermúdez, PM Pozuzo, PM Yanahuanca).

2. Se detectaron 6 041 pacientes con factor de riesgo de hipertensión arterial (HTA) y de la diabetes melitus (DM) con screening, en la RAS Áncash.

3. Respecto a las enfermedades oncológicas se consiguió que:

- ✓ Se valorizarán los cánceres priorizados de la RAS Lambayeque (Ca. de mama, Ca. de cuello uterino, leucemia, Ca. de próstata, Ca. de pulmón, Ca. de estómago y Ca. de colon).
- ✓ A fin de disminuir la alta incidencia de cáncer de cuello uterino en la población femenina de la RAS Moquegua, ejecutó 8 674 tomas de muestras PAP, llegando al 29% de captación de pacientes con riesgo de dicho cáncer.
- ✓ Se realizaron actividades en el H I Alto Mayo, H I Rioja y el CAP I Nueva Cajamarca de la RAS Moyobamba para disminuir la casuística PAP patológico en el último estadio logrando realizar 5 216 exámenes PAP con resultado y 775 mamografías preventivas con resultado.
- ✓ La RAS Moquegua, realizó 2065 mamografías preventivas superando la meta programada.
- ✓ La GOF realizó 6 859 exámenes PAP con resultado, a fin de fortalecer los exámenes preventivos en mujeres en edad fértil y post - menopausia para detectar y prevenir el cáncer ginecológico, llegando a superar la meta programada.

4. Con la finalidad de mejorar la gestión de los programas de TBC e ITS-VIH/SIDA, las RAS Almenara, Áncash, Ayacucho, Cusco y Ucayali, programaron iniciativas, logrando los siguientes resultados:
   - ✓ La RAS Almenara, identificó:
     21 203 pacientes tamizados para VIH
     10 844 gestantes con tamizaje de VIH
     1 266 pacientes con tuberculosis tamizado para VIH
     490 pacientes con ITS tamizados con VIH
     Desarrollo del Curso Taller de Atención integral del Abordaje Integral del Paciente con ITS-VIH/SIDA, con una asistencia de 90 participantes de la RAS.
   - ✓ La RAS Áncash, identificó 16 716 pacientes tamizado para VIH
   - ✓ La RAS Ayacucho, contando con el apoyo de la DIRESA logró:
     5 626 Asegurados tamizados con VIH en mayores de 12 años
     846gestantes con tamizaje de VIH
     321 pacientes con ITS tamizados con VIH
   - ✓ La RAS Cusco, a pesar de limitaciones de personal asistencial en los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención, logró realizar 7 032 tamizajes en pacientes con factor y/o conducta de riesgo para infección por VIH.
   - ✓ La RAS Ucayali, mediante Resolución Directoral N° 110-RAUC-EsSalud-2015, designó al Coordinador de la Red y el Comité técnico asesor. Se logró 9 024 pacientes tamizados para VIH

5. Sobre prevención TBC - TBC-MDR, las RAS Almenara, Áncash, Ayacucho, Cusco, Moyobamba y Sabogal, de las iniciativas programadas se lograron los siguientes resultados:
   - ✓ La RAS Almenara, identificó a 42 475 sintomáticos respiratorios, a nivel de todos sus establecimientos de salud, involucrando a todo el equipo de salud.
   - ✓ La RAS Áncash, captó 7 761 sintomáticos respiratorios de atenciones en mayores de 15 años, superando la meta programada (3 176).
   - ✓ La RAS Ayacucho, tamizó 4 256 asegurados > 15 años en TB que fueron atendidos en consulta externa, superando la meta programada (3 188).
   - ✓ La RAS Cusco, identificó 3 400 pacientes sintomáticos respiratorios, mediante Resolución de Gerencia de Red Asistencial N° 008-GRACU-EsSalud-2016 se aprobó el "Plan de Control de Infecciones por TB".
   - ✓ La RAS Moyobamba, identificó 384 pacientes sintomáticos respiratorios.
   - ✓ La RAS Sabogal, captó a 29 703 pacientes sintomáticos respiratorios.

Se ha cumplido con el 100% en la captación de sintomáticos respiratorios, a través de la ejecución de actividades definidas en la normativa vigente del Programa para el Control de la TB; otras actividades como el desarrollo de reuniones técnicas sobre manejo del paciente con TB a los profesionales involucrados (Médicos, Enfermeras y Personal de Laboratorio); supervisión a los establecimientos de salud de las RAS y laboratorios donde se realizan las baciloscopías.

El cumplimiento de estas iniciativas de gestión igualmente ha permitido, mayor supervisión a los establecimientos de salud de cada red asistencial, la elaboración del "Plan Comunicacional", reuniones de manejo integral de paciente positivo y estrategias para captación de sintomático respiratorio con equipos multidisciplinarios, Impresión de documentos técnicos.

b. Iniciativas de Gestión dirigidas al Sistema de Información para la Vigilancia en Salud Fortalecer el Sistema de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria:

- ✓ La RAS Arequipa, mediante Resolución N° 841-G-RAAR-EsSalud-2015, aprobó la propuesta de implementación y funcionamiento de las Unidades Funcionales de Inteligencia Sanitaria en el HBCASE, H III Yanahuara, H II Mollendo. H I Escomel, H I Camaná, Policlínico Metropolitano; se realizó el Curso Taller "Actualización en Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS)", con la asistencia de 70 participantes, así como, el Curso Taller "Criterios para la Construcción y Manejo de Indicadores de Gestión", asistieron 25 participantes de la RAS.
- ✓ La RAS Piura, conformó los equipos de Inteligencia Sanitaria en sus establecimientos de salud. Se elaboró el Plan de Enfermedades Emergentes – Remergentes (Dengue, Chikungunya, Influenza).
- ✓ La RAS Ucayali, logro disminuir en 8% la Tasa Total de Incidencia de Complicaciones intrahospitalarias en el H II Pucallpa, para ello se aprobó:
  - Resolución Directoral N° 065 -RAUC-ESSALUD-2015 - "Plan Anual de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias 2015"
  - Resolución Directoral N° 066 -RAUC-ESSALUD-2015 - "Comités de CIH por Servicio".
- ✓ Con respecto a la Promoción y Prevención - Prioridades Sanitarias, en la RAS Almenara a fin de priorizar intervenciones costo-efectivas de promoción y prevención a prioridades sanitarias de la población de la red, implementó el Programa Familiar Acompañante en 21 establecimientos de la Red Almenara, superando la meta programada (04 EESS).
- ✓ Con respecto a Herramientas de Medición, en la RAS Junín, su Oficina de Inteligencia Sanitaria elaboró el "Proyecto en nuevas herramientas de medición de Hospitalización y mortalidad evitable del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé (HNRPP)".

Asimismo, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, mediante la Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria organizó la Reunión Técnica Nacional denominada "Actualización del Sistema de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria Institucional", realizada del 22 al 25 de setiembre-2015, con la participación de 100 profesionales de las Redes Asistenciales a nivel nacional; igualmente se realizó el Taller Técnico para la culminación y actualización del Sistema de Vigilancia por los equipos de las Redes Asistenciales de Lima, realizada del 20 al 29 de octubre-2015.

Finalmente, se culminó el proceso de formulación de 09 sub sistemas de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria, los cuales se someterán al proceso de validación para su posterior aprobación e implantación, siendo estos:

1. Enfermedades de Notificación Obligatoria y Prioridades Sanitarias
2. Perfiles Epidemiológicos
3. Mortalidad en población asegurada
4. Infecciones Asociadas a la Atención de Salud
5. VIH/SIDA.
6. Tuberculosis
7. Muerte Materna, Fetal y Neonatal
8. Registro Hospitalario de Cáncer
9. Brotes, Epidemias y otros Eventos de Importancia para la Salud Pública (EVISAP).

c. Iniciativas de Gestión dirigidas al Fortalecimiento de la Atención Primaria

1. El fortalecer las Prestaciones de Atención Primaria en Salud del niño, adolescente, adulto y mujer gestante en los Establecimientos de Salud del Primer Nivel en la RAS Arequipa, tuvo los siguientes logros:

   - ✓ 10 informes sobre la implementación y operatividad del Programa Integral de Atención Primaria en la RAS.
   - ✓ Evaluación permanente al proceso de implementación de la Cartera Servicios de Complejidad Creciente; seguimiento a las actividades de Promoción de Salud Mental, así como a la Implementación de la Normativa de Cáncer Ginecológico, Salud Sexual y Reproductiva EESS.
   - ✓ Supervisión permanente al proceso de Tamizaje de Papanicolaou y Mamografía Preventiva; a la implementación de la Cartera Mujer Gestante; a la aplicación de Indicadores de Gestión, a la aplicación de la Cartera Niño, Adolescente, Adulto y Mayor, informe de consumo integrado ICI SISMED.
   - ✓ Se llevó a cabo la "II Jornada de actualización médico quirúrgicas, con la asistencia de 60 participantes de la RAS.

2. Para mejorar el sistema de abastecimiento de materiales estratégicos, la RAS Huánuco realizó:

   - ✓ Oportunamente las transferencias y préstamos de otras redes asistenciales para solucionar los problemas de desabastecimiento
   - ✓ La formulación oportuna de los expedientes para la compra de material estratégico delegado, procesos directos y de menor cuantía.
     Lo que le permitió superar los 314 ítems abastecidos.

3. La aplicación de la Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente (CSSCC) permitió:

   - ✓ A la RAS Pasco, fortalecer el proceso de atención del recién nacido vivo durante los 28 días de vida, a través del servicio de Crecimiento y Desarrollo del Niño, logrando 900 recién nacidos controlados.
   - ✓ Que los EESS de la RAS Cusco, apliquen al 100% la CSSCC.
   - ✓ Mejorar la capacidad resolutiva, competencias y oferta asistencial en el Primer Nivel de Atención de la RAS Lambayeque, logrando llegar a 15 de días de diferimiento de citas de pacientes referidos del I nivel hacia el II y III nivel a diciembre-2015. Asimismo, ofertar más servicios de atención primaria en salud sexual y reproductiva, despistaje de cáncer de cérvix y de mama.

4. De la Implementación del Intercambio Prestacional por parte de la RAS Arequipa se logró:

- ✓ Elaboración de 10 informes referidos a la reducción de las referencias en el intercambio prestacional SIS, MINSA - EsSalud, así como, 10 informes sobre los establecimientos de salud autoevaluados en el marco de la implementación del intercambio prestacional SIS, MINSA – EsSalud.
- ✓ Que la Oficina de Coordinación de Prestaciones de la RAS Arequipa, lidere el Convenio de Intercambio Prestacional SIS - GERESA - ESSALUD, por lo que mensualmente ha venido reportando los alcances de las prestaciones, mediante Informes y Actas de Acuerdos. Para ello se determinó las referencias en Mollendo con la trama de pacientes para su validación de acuerdo al Módulo de Referencias con el Comité de Intercambio Prestacional.
- ✓ Culminar, en el mes de octubre, el Convenio de Intercambio Prestacional, debiendo formalizarse la suscripción de nuevos convenios.

5. Con la implementación de la Telemedicina se logró:

   - ✓ Que la RAS Arequipa, aprobara el Plan de Trabajo para la implementación de Telemedicina en el HNCASE, el H II Mollendo y el H I Camaná; asimismo se implementó el Sistema PACS - Sistema de Archivo e Intercambio de Imágenes del Servicio de Diagnóstico por Imágenes del HNCASE.
   - ✓ Incorporar al H II Alberto Hurtado Abadía como cabecera de Micro Red La Oroya al Centro Nacional de Telemedicina en el servicio de Teleconsultas, de la RAS Junín.

6. A fin de fortalecer los procesos operativos de Atención en la Prevención de las Cataratas en el Ámbito de la RAS Juliaca se logró:

   - ✓ 255 pacientes tamizados en la prevención de las cataratas.
   - ✓ El desarrollo de campaña de despistaje de cataratas en el Policlínico Azángaro, CM Ayaviri, PM Huancané, PM Macusani y el H I Lampa.

d. Iniciativas dirigidas al Fortalecimiento de la Gestión y Procesos Clínicos

1. Mejora de procesos de emergencia:

   - ✓ La RAS Arequipa, elaboró el estado situacional del Servicio de Emergencia del HNCASE (N° de Camas, RRHH y procedimientos para el mejoramiento); igualmente, se presentaron 10 informes sobre la disminución de la cantidad de emergencias en el HNCASE.
   - ✓ La RAS Rebagliati:
     - Mediante Resolución N° 99-GRAR-EsSalud-2015, del 14-02-2015, conformó la Comisión para desarrollar el Pan de Organización Funcional del Centro de Emergencia de Lima Metropolitana de la RAS, y mediante Resolución N° 99-GRAR-EsSalud-2015, del 26-03-2015, se modifican los integrantes de la Comisión.
     - Se elaboraron 02 informes referidos a las actividades implementadas para fortalecer y articular los procesos estratégicos, de soporte y asistenciales para la atención de urgencias y emergencias en la Red Funcional de Servicios de Emergencia de la RAS Rebagliati.

2. Mejorar acceso de Pacientes - área Ambulatoria:

   - ✓ La RAS Áncash, a fin garantizar el acceso oportuno a citas, y mejorar la satisfacción de los asegurados ambulatorios, logró:
     - Disminuir el diferimiento de citas a <= 16.47 días.

- Reducción de Listas de Espera Quirúrgica a <= 43.2 días, superando la meta de <= 45 días.

3. Incrementar Oferta Quirúrgica - Demanda especializada

   ✓ La RAS Lambayeque, implementó estrategias que incrementan la oferta quirúrgica para atender demanda en especialidades con lista de espera mayoritaria,
   - Programó en los meses de setiembre, octubre y noviembre, 15 turnos nocturnos para las especialidades de cirugía general, para cirugía de tipo A y B.
   - De las coordinaciones efectuadas, se contó con el apoyo del Dr. César Espejo Núñez, médico del HN Alberto Sabogal para realizar Cirugía Cabeza y Cuello, en los meses Oct. Nov y Dic.-2015.
   - Hacer una depuración y sincerar la lista de espera quirúrgica que a la fecha tiene un promedio de 65 en tiempo de espera en el HNAAA y a nivel de Red de 61.

4. Categorización – Autoevaluación

   ✓ La RAS Lambayeque, con la Dirección Regional de MINSA-Chota-Cajamarca: Categorización I-2 Posta Médica de Santa Cruz, Resolución Directoral Nº 667-2015-GR/CAJ/DSRS.CH.DG; asimismo, de acuerdo al seguimiento de las autoevaluaciones de establecimientos se implementaron seis proyectos de mejora: HNAAA (tres) Red periférica (tres).

5. El fortalecimiento del proceso de Referencias y Contrarreferencias en los centros asistenciales de las RAS, permite, contribuir con la continuidad de la atención y el uso racional de los recursos en las prestaciones de salud en los tres niveles de atención, con el objeto de mejorar la calidad de los servicios a los millones de asegurados.

   ✓ La RAS La Libertad, logró 59 752 contrarreferencias médicas, elaborar e implementar el plan aprobado, 02 informes de monitoreo de referencias y contrarreferencias.

6. La RAS Lambayeque, para optimizar las Áreas de Diagnóstico x Imágenes y Medicina Nuclear del HNAAA, cuenta con 12 médicos especialistas, lo que permitió reducir el tiempo de espera a 64 días.

7. La RAS Lambayeque, para optimizar la oferta de camas hospitalarias, contrató 22 camas hospitalarias en la Clínica Santa María, para pacientes terminales y/o de pacientes post operados sin complicaciones, lo que permitió cumplir con la meta programada del mejoramiento y oportunidad en oferta de camas en 30 % del total.

8. Prevención - Captación y Evaluación de la Enfermedad Renal Crónica (ERC):

   ✓ La RAS Sabogal, a fin de incrementar la captación y evaluación de riesgo de ERC, conformó el equipo multidisciplinario que desarrolló/implementó el Programa de Salud Renal del Servicio de Nefrología del HNASS, captando 305 pacientes con riesgo ERC e insertándolos en el Programa Reforma de Vida - Programa de Medicina Complementaria.

9. Uso de medicamentos especiales

   ✓ La RAS Arequipa, para cumplir con la metas programadas realizó lo siguiente:
   - El Comité Fármaco Terapéutico del HNCASE, elaboró el diagnóstico situacional de los medicamentos especiales
   - Listado de la evaluación y análisis de los medicamentos especiales que requieren supervisión (MERS), valorizados por servicios y diagnósticos y el costo de los medicamentos, los que están en el rango esperado.
   - Listado de los medicamentos fuera de petitorio, valorizados por servicios y diagnósticos del HNCASE. Listado de los medicamentos de alto costo, valorizados por servicios y por diagnósticos en el HNCASE, dentro del rango esperado

10. Implementar un Sistema de envío de transporte de muestras

    ✓ La RAS Sabogal, redujo de 14 días a 7 días de espera la entrega de los resultados de las muestras referidas de los EESS de la RAS.

11. Ampliar cobertura PADOMI

    ✓ La GOF y PADOMI, lograron:
    - 605 157 visitas domiciliarias programadas
    - 106 658 visitas domiciliarias no programadas (Urgencias e Internación domiciliaria),
    - 454 772 servicios de ayuda al diagnóstico.
    - 6 011 procedimientos médicos (PADOMI).
    - Creación de la unidad de Medicina Complementaria domiciliaria - PADOMI
    - 49 496 traslados de pacientes, de los cuales 22 357 representan el 45.7% a las Prioridades I y II; en tanto que 27139 representan el 55%, corresponden a las Prioridades III y IV – STAE.

12. Fortalecer el Sistema de Hospitalización

    ✓ El promedio de pacientes de días de la RAS Huánuco fue de 4.00 días, para ello habilitaron camas hospitalarias en la Capilla del HII Huánuco.

e. Fortalecimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo

1. Vigilancia Salud Ocupacional

   ✓ La RAS Ayacucho, con la Asistencia Técnica del CEPRIT - Huancavelica, previa sensibilización y capacitación al personal asistencial en temas de salud ocupacional y ambiental, elaboró la identificación de peligro, evaluación de riesgo y control (IPERC) del H II Huamanga, así como 217 trabajadores evaluados con ficha clínica ocupacional. Mediante Resolución de Dirección de Red Asistencial N° 281-D-RAAY-EsSalud-2015, conformación del Equipo de Trabajo de Salud Ocupacional.

   ✓ La RAS Piura, capacitó al personal de los Servicios de Medicina Física y Medicina (Cirugía Especialidades – Pediatría) de los H III Cayetano Heredia, H I Paita, CAP III Castilla sobre el IPERC. La RAS cuenta con 600 trabajadores de los EESS con su Ficha de Evaluación anual por el Equipo de Salud Ocupacional.

2. Disminución de Riesgos Ocupacionales y Accidentes de Trabajo

   ✓ La RAS Piura, mediante Resolución N° 107-GR-RAPI-EsSalud-2015, conformó el Equipo de Trabajo de Salud Ocupacional y coordinación con el Comité de Seguridad y Salud de Trabajo de la Red, logrando con ello que 12 EESS con capacitación en riesgos ocupacionales y Accidentes de Trabajo.
   ✓ El H I Carlos Cortez Jiménez, de la RAS Tumbes, cuenta con identificación y evaluación de riesgo, se cumplió con la meta Anual (12 reportes mensuales de Accidentes de Trabajo).

3. Vigilancia Ambiental

   ✓ La RAS Rebagliati, logró que el 80% de áreas críticas obtengan la evaluación de riesgo en dos Hospitales de la Red Asistencial Rebagliati, elaboraron y realizaron:
   - Manual de Procedimientos, Monitoreo y control de Principales Factores de Riesgos Hospitalarios.
   - Cursos Talleres: "Detección de peligros y evaluación de riesgos hospitalarios", "Detección precoz en el manejo de enfermedades infecciosas musculoesqueléticas relacionados con el Trabajo"
   - Aplicación de la Autoevaluación de factores de Riesgos a las áreas críticas, UCI y 2A neonatal de luz y ruido del HNERM.
   - Se ejecutó la evaluación de XILOL en la Clínica Chequeos Larco, Evaluación de Luminosidad y Ruidos en Sala Operaciones Pediátrico del HNERM.
   - Vigilancia Ambiental HNERM en Sala Operaciones Pediátrica.

f. Iniciativas de Gestión sobre Calidad y Seguridad del Paciente

1. Fortalecer los procesos de garantía y mejora continua de la calidad

   ✓ La RAS Rebagliati, Incrementó el porcentaje de satisfacción del usuario externo a 74%, para ello utilizó las siguientes estrategias:
   - Implementación de la Lista Verificación y Cirugía Segura, Identificación Correcta de Pacientes, Rondas de Seguridad; detección de Eventos Adversos en los Servicios HNERM (SOP Emergencia 4B-3B, Dpto. Emergencia Adulto, Neumología, Gastroenterología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Notificación de Caídas, Psiquiatría.
   - Aplicación de Encuestas de Satisfacción al Usuario Externo del HNERM y los EESS, siendo los resultados de la RAR, satisfacción: 75%, del HNERM, satisfacción: 72% y de la Red Desconcentrada, satisfacción: 76%.

2. Satisfacción del Usuario

   ✓ La RAS Ayacucho, en el III trimestre de 2015 encuestó a 100 pacientes del Servicio de Hospitalización, como resultado se ha obtenido 89 pacientes satisfechos; en el IV Trimestre 2015 se encuestó a 100 pacientes del Servicio de Hospitalización, de los cuales 93 pacientes estuvieron satisfechos, cumpliendo con la meta programada.

3. Notificación de Eventos Adversos

   ✓ La RAS Apurímac,
   - Mediante Resolución N° 84-D-RAAP-EsSalud-2015, conformó el Comité de Calidad de la RAAP.

- Se aprobó el Plan Anual de la Calidad de la RAS Apurímac, el H II Abancay y H I Andahuaylas
- Se implementaron 5 Planes de Mejora Continua para el H I Abancay y 5 Planes de Mejora Continua para el H I Andahuaylas

g. Iniciativas de Gestión dirigidas a fortalecer otros procesos

1. Implementar el Modelo de Atención del Paciente con Síndrome Coronario Agudo, donde el INCOR, realizó:

   ✓ La Vía Clínica para el manejo del paciente con Síndrome Coronario Agudo (con elevación del ST y sin elevación del ST).
   ✓ Aplicativo "Síndrome Coronario Agudo", implementado.
   ✓ Manual del Usuario del Aplicativo Síndrome Coronario Agudo.

2. La RAS Junín, implementó y operativizó el Centro de Operaciones de Emergencia (COE) del HII Alberto Hurtado Abadía.

3. La RAS Rebagliati, a fin fortalecer el Sistema de Abastecimiento de Bienes y Material Estratégico, monitoreó los bienes y servicios próximos a vencer (set.15-feb16), rubro Laboratorio del HNERM; se elaboró el listado Medicamentos/Material Médico del almacén 799/701 para ser redistribuido a nivel nacional (al mes de noviembre 2015); se estimaron los Cuadros de Distribución Bienes Estratégicos 2016 del HNERM y CAS de la RAS Rebagliati.

4. Optimizar la Ejecución Presupuestal

   ✓ La RAS Rebagliati, identificó las 05 actividades asistenciales de mayor producción del HNERM, entre los que están: análisis bioquímicos, análisis hematológicos, análisis de inmunología, paciente día en hospitalización, consulta médica integral.
   ✓ Capacitó en Sistema de Costos Hospitalarios a 16 establecimientos de salud de la RAS Rebagliati, ingresó al INFOSISCO, asignación centro costos, se realizó el análisis de producción por actividad y por facturación de costos (RRHH, Bs. y Ss.)

5. Recuperación de Deuda

   ✓ La RAS Áncash, recuperó deuda no contributiva y de terceros al 31 de diciembre, ascendente a S/ 2 196 576.57, superando la meta programada

h. Iniciativas de Gestión no ejecutadas

Las Redes Asistenciales Cajamarca (4 iniciativas), Huancavelica (2 iniciativas), Huaraz (1 iniciativa) y Moyobamba (1 iniciativa), cuentan con 0% de avance, pese a que tenían metas programadas en 8 iniciativas.

2.5 Actividades Operativas

Los Órganos Desconcentrados, cumplieron con registrar e informar el avance de 40 actividades operativas programadas al cuarto trimestre 2015, entre ellas podemos mencionar los siguientes:

Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación - IETSI

Podemos enumerar las normativas emitidas así como los productos más relevantes:

1. Resolución del Instituto de Evaluación de Tecnología en Salud e Investigación N° 006-IETSI-EsSalud-2015, del 02-10-2015, que incluyó en el Petitorio Farmacológico de EsSalud 64 productos farmacéuticos que están incluidos en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud (PNUME) aprobado por Resolución Ministerial N° 399-2015/MINSA, del 25-06-2015.
2. Resolución del Instituto de Evaluación de Tecnología en Salud e Investigación N° 005-IETSI-EsSalud-2015, del 02-10-2015, se modificó en el Petitorio Farmacológico de EsSalud, las especificaciones técnicas del producto farmacéutico Concentrado Factor VIII.
3. Resolución del Instituto de Evaluación de Tecnología en Salud e Investigación N° 10-IETSI-EsSalud-2015, del 06-11-2015, que aprobó las condiciones clínicas a ser priorizadas para la elaboración de las Guías de Práctica Clínica de EsSalud, contenidas en el "Informe de Priorización de Guías de Práctica Clínica en EsSalud".
4. Resolución del Instituto de Evaluación de Tecnología en Salud e Investigación N° 11-IETSI-EsSalud-2015, del 11-11-2015, que aprobó el "Procedimiento de Autorización de Incorporación en el Catálogo de Bienes y Modificatoria de Especificaciones Técnicas de Dispositivos Médicos de EsSalud".
5. Resolución del Instituto de Evaluación de Tecnología en Salud e Investigación N° 12-IETSI-EsSalud-2015, del 11-11-2015, que aprobó el "Especificaciones Técnicas de los Productos Farmacéuticos del Petitorio Farmacológico de EsSalud".
6. Resolución del Instituto de Evaluación de Tecnología en Salud e Investigación N° 13-IETSI-EsSalud-2015, del 11-11-2015, que aprobó el "Plan de evaluación de medicamentos fuera del PNUME que se encuentran incluidos en el Petitorio Farmacológico de EsSalud".

Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos – CEABE

Podemos enumerar las normativas emitidas así como los productos más relevantes:

1. Se llevó a cabo el Primer "Curso-Taller sobre Buenas Prácticas de Almacenamiento y de Dosis Unitaria de Medicamentos e Insumos Médicos – 2015", convocando a 04 participantes por RAS y 01 por Servicio de Farmacia de todos los EESS de la RAS de Lima, logrando un quórum de 200 participantes.
2. Se realizaron 145 modificaciones de contratos y monitoreo a las RAS, a fin de medir el abastecimiento (56 prestaciones adicionales, 8 prestaciones complementarias y 81 modificaciones del cuadro de distribución del objeto de la adenda), superando la meta programada.
3. Se realizaron 50 reportes de monitoreo y se suscribieron 12 actas con las RAS Cajamarca, Piura, Tacna, Tarapoto, Tumbes y Ucayali.
4. Mediante el Informe N° 007-GEyCBE-CEABE-EsSalud-2015, del análisis de los 32 almacenes centrales a nivel nacional se encontraron 982 "Bienes Estratégicos próximos a vencer", durante el periodo 01-Jul-2015 al 31-Dic.-2015, representando un importe de S/ 4293468.83 (145 están registrados en el HNERM).
5. Determinación y Estimación de Necesidades de Bienes Estratégicos para el 2016, mediante Carta N° 442-GECBE-CEABE-EsSalud-2015, del 13-11-2015, se da por concluido el proceso de Determinación de Necesidades de los Materiales, Reactivos e Insumos de Laboratorio 2016 – Compra Centralizada, así como la elaboración de:
   - Cartilla de Suministro Centralizado 2016 de Insumos de Patología Clínica y Anatomía Patológica.
   - Cuadro de Requerimiento Mensual de Materiales, Reactivos e Insumos de Laboratorio.

- Cuadro de Distribución por RAS de Materiales, Reactivos e Insumos de Laboratorio.

Centro Nacional de Telemedicina - CENATE

1. Implementación del servicio de Tele consulta Online, en cuatro EESS en las RAS Huánuco (1), Amazonas (1), Lambayeque (1) y Apurímac
2. Implementación del servicio de Tele Radiología, en seis EESS en las RAS Huancavelica (1), Huánuco (2), Ucayali (1), Junín (1) y Loreto (1).
3. Implementación del servicio de Tele Serums, se realizaron 30 teleconsultas

CAPÍTULO III. Evaluación de las Actividades Operativas e Iniciativas de Gestión de los Órganos de la Sede Central

3.1 Actividades Operativas

A nivel de Órganos Centrales correspondió evaluar un total de 352 actividades operativas y 55 iniciativas de gestión programadas para el año 2015 de los 17 Órganos Centrales.

El siguiente cuadro nos muestra el resultado de la evaluación de las actividades operativas de los Órganos Centrales, destacando su nivel de cumplimiento durante el año 2015.

Cuadro N° 22. *Estado de Avance de las Actividades Operativas por Órgano Central respecto al Estado de Excelente y Bueno*

ÓRGANOS CENTRALES	ESTADO					TOTAL ACTIVIDADES
	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO	SIN AVANCE	
ORI	25	0	0	0	0	25
SG	11	0	0	0	0	11
GCAA	6	3	0	0	0	9
ODN	6	0	0	0	0	6
GCO	16	1	0	0	1	18
GCPD	60	0	2	0	2	64
GCAJ	8	1	0	0	1	10
GCGF	16	0	1	1	1	19
GCSPE	16	1	1	1	2	21
GCL	11	0	0	1	1	13
GCPyGCI	3	0	1	0	0	4
GCGP	26	0	0	5	6	37
OGC	4	0	0	1	1	6
GCPAMyPD	5	0	2	0	1	8
GCPS	23	4	3	13	2	45
GCPI	6	1	3	5	1	16
GCTIC	14	2	1	5	18	40
TOTAL	255	13	14	32	38	352

Fuente: Formato "Evaluación Trimestral de las Actividades Operativas"

Del cuadro, se observa lo siguiente:

- 268 actividades operativas en el estado de "Excelente" y Bueno" (mayor al 75%).
- 14 actividades operativas en el estado de "Regular" (mayor que 60% y menor o igual al 75%)
- 35 actividades operativas en el estado de "Malo" (menor o igual al 60%)
- 38 actividades operativas "Sin avance" (0% de ejecución)

A continuación, se detalla los principales resultados obtenidos por las Gerencias Centrales que obtuvieron un nivel de cumplimiento entre excelente y bueno:

Oficina de Relaciones Institucionales: La Oficina de Relaciones Institucionales, al cierre del año 2015, obtuvo un nivel de cumplimiento excelente (100%), entre las actividades que mayor nivel de ejecución alcanzó tenemos:

✓ "Implementación de las Redes Sociales como herramienta de comunicación que facilita información de prevención y promoción de la salud a los asegurados y público en general" obteniendo 3 084%, es decir, lograron ejecutar un total de 4 284 publicaciones y 194 501 interacciones en redes sociales con respecto a su programación.

Como dato relevante, existe un crecimiento de 49 seguidores por día en el facebook, de los cuales el 60% son mujeres y el 40% son varones, cuya mayor cantidad se encuentra en el rango de edades entre 25-34. Esta herramienta, contribuye a la construcción de la identidad digital de EsSalud, ofreciendo contenido de valor y en tiempo real sobre las actividades oficiales, campañas de salud preventiva promocionales, avisos y políticas institucionales, como también de consultas y/o quejas de los asegurados.

En Twitter, el crecimiento de seguidores también es creciente, en donde los tweets más vistos fueron: donación de órganos, caso del pequeño Johan.

En Youtube, los videos más vistos en el canal fueron:
- SoyDonanteMiFamiliaLoSabe
- EsSalud informa ¿Qué es la tuberculosis?
- ¿Qué es la dispepsia y cuáles son sus causas?
- EsSalud: Mercedes y su lucha contra el cáncer
- Qué es una Urgencia y qué es una Emergencia?
- EsSalud reduce a 72 horas pago de subsidio

Secretaria General: Entre las actividades operativas de la Secretaría General al cierre del IV Trimestre 2015 que más resaltaron se tiene lo siguiente:

✓ Se realizó la campaña "Promoviendo la Ética", que comprendió la difusión del Código de Ética a nivel institucional a través de la intranet mediante un curso virtual y a través de los correos electrónicos de 50 mil trabajadores, en la que se desarrolló un cuestionario otorgándose una certificación. A través del cumplimiento del Código de Ética se busca elevar los estándares de calidad y hacer de EsSalud un espacio de desarrollo profesional confiable donde la transparencia sea un elemento esencial y natural de las relaciones laborales e interpersonales, siendo la humanización el principal elemento para recuperar la confianza.

Gerencia Central de Atención al Asegurado: La Gerencia Central de Atención al Asegurado resaltó con las siguientes actividades:

✓ Se brindó asistencia técnica y supervisión a los equipos de gestión de los establecimientos de salud a nivel nacional para fortalecer la atención de los reclamos, consultas y sugerencias de los asegurados mediante una matriz de verificación que identificó hallazgos e implementación de las recomendaciones de SUSALUD.

Oficina de Defensa Nacional: La Oficina de Defensa Nacional, al cierre del año 2015, destacó en la ejecución de las siguientes actividades:

✓ Simulacros a nivel nacional que logró un nivel de avance de 133.3%, lo que significó atender un total de 4 informes de simulacros respecto a lo programado, tres simulacros de sismo y tsunami y uno por Fenómeno El Niño, contribuyeron con la mejora de la

capacidad de respuesta de EsSalud frente a emergencias y desastres que comprometan la salud de la población y/o el funcionamiento de los servicios de salud, promoviendo la coordinación interinstitucional, poniendo en práctica el sistema de comunicaciones, valorando la capacidad de respuesta del personal involucrado, evaluando la organización y respuesta, etc.

- ✓ Otras de las actividades que tuvo un nivel de cumplimiento mayor al 100% es la de elaboración de planes de respuesta hospitalarios de los Órganos Desconcentrados, se elaboraron 31 planes lo que representa un 124%, logrando superar la meta planeada en un 24%.

Gerencia Central de Operaciones: La Gerencia Central de Operaciones al cierre del IV Trimestre de 2015, destacó por la siguiente actividad:

- ✓ La actividad operativa "Asistencia Técnica para Implantación, implementación y ejecución del Plan Confianza a nivel nacional" al asistir a los funcionarios de los Órganos Desconcentrados a nivel nacional mediante video conferencia, empleando la metodología de la mediación pedagógica con exposiciones e interacción en las normativas que regulan el Plan Súper Plan Confianza y la Lista de Oportunidad Quirúrgica para que mediante compromisos y acuerdos realicen el despliegue respectivo en sus Redes y optimicen la lista de oportunidad quirúrgica.

Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo: La Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo, obtuvo un nivel de cumplimiento Excelente en las siguientes actividades:

- ✓ Se elaboraron los Reglamentos de Organización y Funciones (ROF) de las Gerencias de Red Desconcentradas: Gerencia de Procura y Trasplante aprobado mediante Resolución N° 659-PE-ESSALUD-2015, Instituto de Evaluación de Tecnología en Salud e Investigación (IETSI) aprobado mediante Resolución N° 152-PE-ESSALUD-2015, Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos (CEABE) aprobado mediante Resolución N° 226-PE-ESSALUD-2015 y Centro Nacional de Telemedicina (CENATE), aprobado mediante Resolución N° 249-PE-ESSALUD-2015.

- ✓ Se realizó el Taller de Gestión por Procesos, tuvo una participación de 133 personas tanto por Órganos de Sede Central y Órganos Desconcentrados. El mencionado taller tuvo como agenda tratar los siguientes temas: Implementación de la Gestión por Procesos en ESSALUD, Mapa de Procesos – Macroprocesos, se presentó los modelos de procesos misionales correspondientes a las IAFA, Mapa de Procesos – Macroprocesos de Prestaciones de Salud, Modelo de Procesos con BPMN.

- ✓ Se actualizó el Mapa de Macroprocesos de EsSalud, el cual fue remitido mediante Carta N° 1576-GCPD-ESSALUD-2015 a la Gerencia Central de Asesoría Jurídica.

- ✓ Se elaboraron 08 diseños de Macroprocesos Misionales de EsSalud.

- ✓ Se desarrollaron 04 informes de evaluaciones de los estudios de preinversión (EPI) elaborados por las Unidades Formuladoras.

- ✓ Se desarrolló 04 Asistencias Técnicas en la metodología del SNIP a (06) Unidades Formuladoras, conformadas por las Redes Asistenciales de Sagobal, Arequipa, Lambayeque, Sub Gerencia de Estudios de Pre Inversión, Red Asistencial Almenara y Rebagliati, incluye a la Unidad Ejecutora de EsSalud, con la debida orientación en la metodología, procesos y procedimientos del SNIP en las fases de preinversión, inversión y post inversión.

- ✓ Elaboración del Plan Anual de Inversiones Institucional (PAII) 2016, que considera el presupuesto de inversiones de proyectos a nivel de preinversión e inversión y los gastos de capital no ligados a Proyectos de Inversión.

- ✓ Se han elaborado el Plan Operativo Institucional Modificado 2015 y ratificado por FONAFE y aprobado por Consejo Directivo.

- ✓ Se han elaborado (14) informes de evaluación del Plan Operativo Institucional 2015 enviado a FONAFE y Gerencia General.

- ✓ Se elaboró el Informe de Evaluación del Plan Estratégico Institucional 2012-2016, correspondiente al I semestre 2015.

Gerencia Central de Asesoría Jurídica: Entre las actividades operativas ejecutadas al cierre del IV Trimestre 2015 por la Gerencia Central de Asesoría Jurídica tenemos:

- ✓ "Monitoreo de las actuaciones judiciales a través de diligencias diarias, impulsos procesales, de las Unidades de Asesoría Jurídica de las Redes Asistenciales", con la emisión de 644 documentos, que representa el 357.8%, en relación a los 180 programados, superando en más del 250% lo programado, lo cual expresa el monitoreo constante que la Gerencia Central de Asesoría Jurídica viene realizando a las acciones judiciales a fin de optimizar el patrocinio de los procesos judiciales.

- ✓ Respecto a la "Revisión de expedientes previo a su aprobación, así como otras consultas, en materia de contratación estatal", se emitieron 156 cartas, que representa el 195% en relación a las 80 programadas, superando en 95% lo programado, lo cual denota un cumplimiento mayor a lo proyectado, donde el número de consultas y de expedientes de contratación de concursos públicos y licitaciones públicas para revisión representan el mayor porcentaje.

- ✓ "Presentación de escritos ante las diversas instancias judiciales, fiscales y Tribunales Arbitrales en aquellos casos en que EsSalud es parte por y contra la Entidad", se presentaron 5 mil escritos, que representa el 185% en relación a las 2,700 programadas, superando en 85% lo programado, lo cual representa una predominante carga laboral en las diversas materias legales.

- ✓ "Otras consultas administrativas y laborales", se presentaron 886 cartas, que representa el 185% en relación a las 480 programadas, superando en 85% lo programado, lo cual revela que se han recibido mayores requerimientos por parte de la Alta Dirección, Órganos Centrales y Desconcentrados de la entidad.

Gerencia Central de Logística: Con respecto a las actividades ejecutadas por la Gerencia Central de Logística al cierre del IV Trimestre 2015 podemos resaltar lo siguiente:

- ✓ Se realizó el Inventario Físico de Existencias en el ámbito nacional en el mes de diciembre en los 34 almacenes centrales de la Institución, 26 en el interior del país administrado por EsSalud y 8 en Lima y Callao administrado por SALOG, bajo contrato APP, el mismo que arrojó un saldo valorizado de S/ 220 964 440.36, a nivel nacional.

- ✓ En cuanto a la actividad "Formulación y Monitoreo del Plan Anual de Contrataciones (PAC) de la institución", se programaron 10 PAC's reformulados, pero se registraron 165 PAC's reformulados, que representó el 1 650% en una actividad que tuvo 4 indicadores de evaluación, dando como resultado global un incremento del 475%, superando en 375% lo programado. La explicación se justifica en la mala programación

que se realizó puesto que si tenemos 31 Órganos Desconcentrados al hacerse inclusiones y exclusiones al PAC durante el año la cifra proyectada fue muy inferior a lo que se registró y se registra anualmente en el área logística. Es por ello que esta actividad operativa no es una actividad operativa en sí, por lo que para el POI 2016 la Gerencia Central de Logística no lo está considerando.

✓ En cuanto a la actividad "Conciliación patrimonial contable del Margesí de Bienes Muebles e Inmuebles Sede Central", se realizaron 4 conciliaciones, que representó el 200% en relación a las 2 programados, superando en 100% lo programado. Las conciliaciones fueron hechas a los bienes: maquinarias y equipos, vehículos, muebles y enseres y equipos de procesamiento de datos, en fechas que se detalla:

Cuadro N° 23. *Conciliaciones Patrimoniales Contables*

Rubro	Fecha del Acta de Conciliación
Maquinaria y Equipo	31/07/2015
Vehículos	24/07/2015
Muebles y Enseres	31/07/2015
Equipos de Procesos de Datos	31/07/2015

Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas: La Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, al cierre del año 2015 ejecutó un total de 19 actividades operativas de las 21 actividades programadas que tenían, entre las que podemos resaltar lo siguiente:

✓ La actividad "Supervisión presencial a los procesos de Auditoría de Seguros, Validación Prestacional y Verificación de la condición de Asegurados a nivel nacional", tenía programado dos informes, pero se realizaron siete informes, obteniendo un porcentaje final de 350%, superando en 250% lo programado, dichos informes realizados a las Oficinas de Aseguramiento se sustentan con:

- Informe N° 034-AQC-SGAS-GASV-GCSPE-ESSALUD-2015, de los resultados de la supervisión de Auditoría de Seguros realizada a la Oficina de Aseguramiento Sucursal Ica.
- Informe N° 029-YNRC-SGAS-GASV-GCSPE-ESSALUD-2015, de los resultados de la supervisión de Auditoría de Seguros realizada a la Oficina de Aseguramiento Sucursal Lambayeque.
- Informe N° 025-YNRC-SGAS-GASV-GCSPE-ESSALUD-2015, de los resultados de la supervisión de Auditoría de Seguros realizada a la Oficina de Aseguramiento Sucursal Madre de Dios.
- Informe N° 041-YNRC-SGAS-GASV-GCSPE-ESSALUD-2015, de los resultados de la supervisión de Auditoría de Seguros realizada a la Oficina de Aseguramiento Sucursal Almenara.
- Informe N° 039-YNRC-SGAS-GASV-GCSPE-ESSALUD-2015, de los resultados de la supervisión de Auditoría de Seguros realizada a la Oficina de Aseguramiento Sucursal Rebagliati.
- Informe N° 18-WAGF-SGAS-GASV-GCSPE-ESSALUD-2015, de los resultados de la supervisión de Auditoría de Seguros realizada a la Oficina de Aseguramiento Sucursal Sabogal.
- Informe N° 001-ESOAS TACNA-SGAS-GASV-GCSPE-ESSALUD-2015, de los resultados de la supervisión de Auditoría de Seguros realizada a la Oficina de Aseguramiento Sucursal Tacna.

Mediante esta auditoría se buscó supervisar las actividades de Auditoria de Seguros, de tal manera que éstas sean ejecutadas de acuerdo a las normas y políticas de EsSalud, logrando la máxima eficiencia y efectividad en las actividades programadas en las Oficinas de Aseguramiento y, fortalecer las actividades de Auditoria de Seguros desarrolladas en la Oficina de Aseguramiento de las Sucursales, con asistencia técnica en la ejecución de las auditorias programadas.

✓ La actividad "Realización de actividades presenciales de difusión y promoción de los productos y servicios que brinda la Institución", tenía programado realizar 330 actividades, pero realizó 637 actividades, obteniendo un porcentaje final de 193%, superando en 93% lo programado, que consiste en actividades realizadas por las diferentes Oficinas de Aseguramiento y Agencias de Seguros que se brindan en la plataforma de seguros conformada por 26 oficinas y 12 agencias en el ámbito nacional. En las actividades se difunden las diferentes características de los productos, así como coberturas y requisitos con la finalidad de que los usuarios (asegurados, potenciales asegurados y entidades empleadoras) conozcan sus deberes y obligaciones en el marco de la generación y fortalecimiento de una cultura de seguridad social.

La plataforma de atención, ha podido gestionar su participación en un total de 667 actividades en el 2015, como de detalla:

Cuadro N° 24. *Actividades Presenciales de Difusión y Promoción*

Descripción	Cantidad	%
Eventos	243	36.4%
Fortalecimiento	424	63.6%
Total	**667**	**100.0%**

Oficina de Gestión de la Calidad: La Oficina de Gestión de la Calidad, dentro de sus actividades programadas para el año 2015, obtuvo el mayor nivel de cumplimiento lo obtuvo en:

✓ La actividad "Fortalecimiento de Capacidades en Gestión de Calidad y Proyectos de Mejora Continua", tenía programado capacitar solo a 32 integrantes, pero se capacitó a 1301 personas a nivel nacional, obteniendo un porcentaje final de 4 065.6%, mucho más de lo programado, a través de diversos eventos en los temas de:

- Buenas prácticas para la correcta administración de medicamentos
- Proyecto de mejora continua de la calidad
- Gestión de servicios críticos
- Humanización de los servicios de salud
- Acreditación de establecimientos de salud

La mayor participación se dio en el Auditorio del INCOR, en la semana de la calidad en servicios de salud con 195 personas y las ciudades del interior del país donde se capacitó fueron: Tarapoto, Madre de Dios, Huancavelica, Iquitos, Pucallpa, Huánuco, Callao, Tumbes, Ayacucho, Cajamarca, Lambayeque, Chimbote. Tingo María, Tacna, Trujilllo.

Gerencia Central de Gestión de las Personas: La Gerencia Central de Gestión de las Personas, ejecutó las siguientes actividades que tuvieron un cumplimiento del 100%:

- ✓ "Ejecución del programa de Apoyo al Trabajador Enfermo de los OOCC y OODD", tenía programado atender a 100 trabajadores, pero se atendieron a 351 personas a nivel nacional, obteniendo un porcentaje final de 351%, superando en 251% lo programado.

- ✓ "Ejecución de Programas Educativos del Plan Anual de Desarrollo de las Personas", tenía programado capacitar a 48 mil trabajadores a través de 1 800 actividades educativas, pero se capacitó a 67 137 trabajadores a nivel nacional, obteniendo un porcentaje final de 120%, superando en 20% lo programado.

Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad: La Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad, en el marco de sus funciones que es la de formular y proponer las políticas, estrategias, planes y programas de prestaciones sociales y encaminadas a incrementar los niveles de participación social y cultural de las personas adultas mayores, personas con discapacidad y otra población asegurada priorizada en situación de vulnerabilidad, al cierre del IV Trimestre 2015 ha ejecutado un total de 8 actividades operativas, entre las que obtuvieron mayor nivel de ejecución tenemos:

- ✓ Se realizaron un total de 27 supervisiones a las Unidades Operativas de Prestaciones Sociales (CAM y CERP)

- ✓ Se han elaborado las siguientes normas técnicas para prestaciones sociales:
  - La Cartera de Servicios Gerontológico Sociales, aprobada mediante Resolución N° 09-GCPAMyPCD-ESSALUD-2015.
  - Guía de Destrezas Físicas para la Persona Adulta Mayor; Resolución N° 10-GCPAMyPCD-ESSALUD-2015.
  - Programa de Derechos Humanos y Ciudadanía de la Persona Adulta Mayor Resolución N° 11-GCPAMyPCD-ESSALUD-2015.
  - Programa Solidaridad Intergeneracional y Familia para las Personas Adultas Mayores Resolución N° 12-GCPAMyPCD-ESSALUD-2015.
  - Guía de Actividad de Eventos Deportivos - Recreativos para Las Personas Adultas Mayores Resolución N° 13-GCPAMyPCD-ESSALUD-2015.
  - Guía del Taller de Alfabetización, Educación Primaria y Secundaria para Personas Adultas Mayores - Resolución N° 14-GCPAMyPCD-ESSALUD 2015.
  - Guía de Taller Afecto y Sexualidad en la Persona Adulta Mayor Resolución N° 18-GCPAMyPCD-ESSALUD 2015.
  - Guía de Servicio "Apoyo Voluntario a la Familia del Adulto Mayor en los CAM" Resolución N° 19-GCPAMyPCD-ESSALUD-2015
  - Guía del Taller de Ciberdiálogo para la Persona Adulta Mayor Resolución N° 20-GCPAMyPCD-ESSALUD 2015.
  - La Directiva N° 07 -GG-ESSALUD-2015, "Norma para la Verificación, Calificación, Certificación y Registro de Accesibilidad en las Dependencias de ESSALUD", aprobada mediante Resolución de Gerencia General N° 1227 -GG-ESSALUD-2015.

- ✓ Como parte del fortalecimiento de las capacidades de gestión para la ejecución del Modelo Gerontológico Social se han ejecutado: 05 talleres Macro Regionales para la evaluación del avance de metas 2015.

Gerencia Central de Prestaciones de Salud: Se destacan la implantación de las Directivas de cáncer de mama, aprobado con Directiva N° 003-GG-ESSALUD-2016

"Detección temprana del cáncer de mama en EsSalud" y de cuello uterino, aprobado con Directiva N° 002-GG-ESSALUD-2016 "Detección temprana del cáncer de cuello uterino en EsSalud" y la actualización de la Directiva de hipertensión arterial y diabetes melitus.

Gerencia Central de Proyectos de Inversión: Las obras con montos en soles, corresponden a las metas alcanzadas, esto es, obra terminada.

Cuadro N° 25. *Obras Recepcionadas*

I TRIMESTRE -2015		II TRIMESTRE		III TRIMESTRE		IV TRIMESTRE	
1	Mejoramiento, Ampliación del cerco perimétrico de la Posta Médica Zarumilla en el Departamento de Tumbes	1	Cerco perimétrico de Hospital II Cajamarca	1	Servicio de Medicina de Hospitalización del Hospital Nivel III Chimbote-Red Asistencial Áncash	1	Servicios del área pediátrica del Instituto Nacional Cardiovascular - INCOR
2	Ciclotrón para la Producción de Radiolsótopos (S/ 4'413,503.44)	2	Mejoramiento de los servicios de Biblioteca del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren (S/ 309,421.60)	2	Servicio de Tomografía en el Hospital I Víctor Alfredo Lazo Peralta de EsSalud - Madre de Dios	2	Servicio de Hospital de Dpto. de Medicina del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo - Arequipa
		3	Cobertura de Teja Andina y Estructura metálica del Hospital Base III Juliaca (S/ 813,796.49)	3	Mejoramiento de la oferta de los Servicios de Neonatología, Centro Obstétrico, Ayuda al Diagnóstico por Imágenes y Farmacia Hospital III Juliaca (S/ 493,595.73)		

Cuadro N° 26. *Obras Liquidadas*

I TRIMESTRE -2016		II TRIMESTRE		III TRIMESTRE		IV TRIMESTRE	
1	Mejoramiento de los servicios de Biblioteca del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren (S/ 309,421.60)	1	Mejoramiento Servicio de emergencia adultos Hospital IV Alberto Sabogal. (S/ 882,819.17)	1	Mejoramiento emergencia pediatría Hospital IV Sabogal.	1	Cerco perimétrico de Hospital II Cajamarca
2	Mejoramiento del servicio de Ayuda al Diagnóstico por Imágenes - INCOR (S/ 421,597.49)	2	Recuperación y ampliación de la infraestructura de la posta médica de Uchiza (S/ 850,000.00)	2	Mejoramiento de la oferta de los Servicios de Neonatología, Centro Obstétrico, Ayuda al Diagnóstico por Imágenes y Farmacia Hospital III Juliaca	2	Mejoramiento, Ampliación del Cerco Perimétrico de la Posta Médica Zarumilla en el Departamento de Tumbes
3	Creación e Implementación del Servicio de Tomografía en el Hospital II Huaraz de EsSalud (S/ 844,368.00)	3	Remodelación y acondicionamiento del Edificio Ex Normetal Áncash	3	Cobertura de Teja Andina y Estructura metálica del Hospital Base III Juliaca (S/ 813,796.49)	3	Nueva Consulta Externa y Emergencia - HNGAI
		4	Construcción e implementación del centro de atención Primaria en el Hospital Base III Juliaca (S/ 854,639.67)	4	Nueva Hospital de Tarapoto	4	Nuevo Hospital Regional de Alta Complejidad de La Libertad

Cuadro N° 27. *Obras Concluidas*

I TRIMESTRE -2016		II TRIMESTRE		III TRIMESTRE		IV TRIMESTRE	
		1	Mejoramiento de los servicios de Biblioteca del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren (S/ 309,421.60)	1	Mejoramiento de la oferta de los Servicios de Neonatología, Centro Obstétrico, Ayuda al Diagnóstico por Imágenes y Farmacia Hospital III Juliaca (S/ 493,595.73)	1	Servicio de Tomografía en el Hospital I Víctor Alfredo Lazo Peralta de EsSalud - Madre de Dios
		2	Cobertura de Teja Andina y Estructura metálica del Hospital Base III Juliaca (S/ 813,796.49)	2		2	Cerco perimétrico de Hospital II Cajamarca (S/ 726,907.61)
						3	Mejoramiento, Ampliación del Cerco Perimétrico de la Posta Médica Zarumilla en el Departamento de Tumbes

		Costo de la obra
Obra con Organismo Internacional	Nueva Emergencia de Lima Metropolitana	S/ 50'992,898.15

Gerencia Central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversiones: Con respecto a la promoción de inversiones, se adjudicó el servicio de consultoría integral, al Consorcio Salud Perú, conformado por las empresas Antares Consulting S.A. Argola Arquitectos Planeamiento Urbano Arquitectura e Ingeniería S.L.P., TP Invest S.A.C. y Carrizales & Abogados S.C., para la elaboración de los estudios de factibilidad y el proceso de promoción de la inversión privada de los proyectos: "Creación del Hospital de Alta Complejidad de la Red Asistencial Áncash - ESSALUD en el distrito de Nuevo Chimbote, provincia de Santa, departamento de Áncash, "Instalación del Hospital de Alta Complejidad de ESSALUD en el distrito de Piura, provincia de Piura, departamento de Piura" y " Creación del Instituto del Niño y Adolescente del Seguro Social de Salud – ESSALUD"

- ✓ Con respecto a la Gestión de Contratos, tenemos los contratos suscritos con CALLAO SALUD S.A.C. y VILLA MARÍA SALUD S.A.C. Teniendo como resultado al cierre del año 2015 que los Hospitales Alberto Barton y Guillermo Kaelin han brindado las siguientes especialidades: Medicina Interna, Rehabilitación, Cardiología, Nefrología, Neumología, Neurología, Pediatría - Neonatología, Psiquiatría, Psicología y Reumatología; asimismo cuentan con especialidades quirúrgicas de anestesiología, cirugía general, urología traumatología, entre otras especialidades, beneficiando a un total de 500 mil asegurados adscritos.

- ✓ Con relación a los aspectos financieros de los Contratos de APP (Hospitales Barton y Kaelin), durante el año 2015, se ha retribuido desembolsos por los servicios en infraestructura, equipamiento y en operación un monto de $ 196 750 632.

- ✓ Por otro lado, tenemos el Contrato APP suscrito con SALOG S.A., vinculados al proceso integral de almacenamiento, distribución y entrega de materiales (estratégico y no estratégico); se ha retribuido desembolsos, durante el año 2015, por infraestructura, equipamiento y operación un monto de $12 515 618.

3.2 Iniciativas de Gestión

A nivel de los Órganos Centrales corresponde evaluar 55 iniciativas de gestión programadas al cuarto trimestre de 2015, de acuerdo con la modificación del POI, en 12 Órganos Centrales.

En el siguiente cuadro, se muestran los resultados de la evaluación de las Iniciativas de Gestión al 31 de diciembre de 2015, por Órgano Central y consolidado, de acuerdo al enfoque de la evaluación que se precisó, según rangos de medición.

Cuadro N° 28. Estado del Avance de las Iniciativas de Gestión de los Órganos Centrales respecto al Estado de Excelente y Bueno

ÓRGANOS CENTRALES	ESTADO				SIN AVANCE	TOTAL INICIATIVAS
	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO		
GCPAMyPD	4	3				7
GCPD	2					2
OGC	1					1
SG	2					2
GCL	2					2
GCSyPE	4	2		1		7
GCO	4	3	3			10
GCPS	6	2	2	4		14
GCAA			1	1		2
GCGF				4		4
GCPI			1		1	2
GCTIC				1	1	2
TOTAL	25	10	7	11	2	55

Fuente: Formato "Evaluación Trimestral de las Iniciativas de Gestión"

Del cuadro, se observa lo siguiente:

- 35 iniciativas en el estado de "Excelente" y Bueno" (mayor al 75%).
- 7 iniciativas en el estado de "Regular" (mayor que 60% y menor o igual al 75%)
- 11 iniciativas en el estado de "Malo" (menor o igual al 60%)
- 2 iniciativas sin Avance (0% de ejecución)

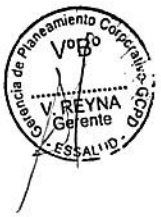
Los resultados alcanzados al IV Trimestre de 2015 fueron los siguientes:

Gerencia Central de la Persona Adulto Mayor y Persona con Discapacidad: La Gerencia Central de la Persona Adulto Mayor y Persona con Discapacidad, al cierre del IV Trimestre 2015 ejecutó las siguientes iniciativas de gestión que a continuación detallamos:

- ✓ Implementación del Proyecto de Mercadeo Social, el cual hizo énfasis en el desarrollo de la Comunicación interna y externa para lograr el posicionamiento de las prestaciones sociales. En el mes de julio 2015, como parte del proyecto se realizó el "Simposio Responsabilidad Social en los Medios de Comunicación: Hacia una Cultura de Envejecimiento Exitoso", se elaboró 02 Manuales de Bolsillo, para la población adulta mayor manual denominado "Vidas Llenas de Experiencia y Amor" y "Aliméntate Bien"

- ✓ Se realizó el fortalecimiento a los Programas de Prestaciones Sociales que se aplican en las Unidades Operativas: CAM, CIRAM, CERP, MBRPS; el cual consistió en desarrollar las siguientes acciones:
  - Se aprobó la Cartera de Servicios Gerontológico Sociales, mediante Resolución de Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Personas con Discapacidad N° 09-GCPAMyPCD-EsSalud- 2015, documento que estandariza los programas, actividades y talleres dirigidos a la población adulta mayor asegurada.
  - Se realizaron 05 Talleres de Capacitación Macroregionales en: Macro región Sur, Centro, Norte y Oriente y Lima Metropolitana.
  - Desarrollo del Curso Internacional "Envejecimiento demográfico políticas públicas e inclusión social de los adultos mayores en el Perú"
  - Campaña de Intervención Urbana: "Rompiendo Mitos sobre los Adultos Mayores"
  - Campaña "Yo respeto los Derechos de las Personas Vulnerables"
  - Campaña "Soñando y construyendo futuro para Niños, Niñas y Adolescentes"
  - Mega Evento de Juegos Para deportivos "Campeonato Nacional de Deportes Adaptados 2015"
  - Día Internacional de la Persona con Discapacidad Evento Proyección Social "EsSalud junto a ti".
  - Campaña No tengo Limites: "Más Capacidad Menos Discapacidad"

- ✓ Se asignó un monto total de S/ 883,780, para la contratación de consultorías que permitan desarrollar los siguientes proyectos de investigación:
  - Estudio de investigación para determinar el estado de salud, bienestar y envejecimiento (SABE) de los adultos mayores asegurados.
  - Estudio para determinar el impacto de las prestaciones sociales en los centros del adulto mayor-EsSalud.
  - Estudio bio-socio-demográfico y análisis de la oferta y la demanda del proceso de rehabilitación social y profesional de la población con discapacidad asegurada por EsSalud.

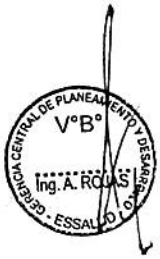


Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo: La Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo, ejecutó las 02 iniciativas de gestión programadas durante el año 2015, las cuales se detallan a continuación:



- ✓ Se desarrolló la "Encuesta Socioeconómica de acceso a la salud de los asegurados de EsSalud", para obtener un mayor conocimiento de las características, condiciones de salud y acceso de asegurados, estudio basado en fuentes primarias y en una investigación cuantitativa en base a un cuestionario a hogares de 290 preguntas con un tamaño de muestra de 25060 viviendas (24620 viviendas con asegurados no agrarios y 440 viviendas con asegurados agrarios).

  El trabajo de recolección de información se realizó en todas las regiones del Perú, se inició el 1 de febrero de 2015 y culminó el 31 de marzo de 2015, obteniendo diversos hallazgos en la condición de ocupación de los asegurados, aseguramiento de la población, características de salud y atención en la salud, servicios, acceso y disposición de pago por un mejor servicio y la calidad del servicio de las prestaciones de salud en EsSalud.



- ✓ Asimismo, se desarrolló la "Transferencia de conocimientos y destrezas de planeamiento a los órganos de la institución para POI 2016", a través de un taller, dirigido a las Redes Asistenciales de nivel nacional, donde tuvo la participación de 81 funcionarios y profesionales se desarrolló en el Auditorio N° 5 del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati, permitió transferir conocimientos necesarios, para la elaboración de los siguientes productos:

- Cartera de las iniciativas del POI 2016, articuladas con los objetivos institucionales y el presupuesto operativo asignado y el último informe reporte de carga de enfermedad sobre las prioridades sanitarias.
- Programación de las actividades asistenciales, considerando la planificación de los recursos médicos. programación de recursos humanos y horas extras, planificación de servicios prestados por terceros.

Oficina de Gestión de la Calidad: La Oficina de Gestión de la Calidad programó para el año 2015, (01) iniciativa de gestión logrando el siguiente resultado:

✓ Con la "Implementación del Plan de Gestión de la Calidad en el marco de la nueva estructura orgánica, se difundieron masivamente sus actividades para el fortalecimiento de las Unidades de Gestión, el cual contempla el observatorio de la Calidad como fuente de información muy importante, debidamente actualizado, mostrando toda la información y actividades que realiza la OGC.

Secretaria General: La Secretaría General, al cierre del IV Trimestre 2015, ejecutó las siguientes iniciativas de gestión:

✓ Como parte de la "Implementación del Modelo de Buen Gobierno Corporativo en ESSALUD", se suscribió el Convenio de Cooperación Técnica entre EsSalud y la Corporación Andina de Fomento (CAF) para la ejecución del Proyecto. Asimismo, se firmó un Contrato de Prestación de Servicios de Consultoría que contempló la realización del diagnóstico de EsSalud, propuestas de gobierno corporativo, ejes del buen gobierno, documentos normativos. EsSalud ha incorporado las propuestas normativas a su ordenamiento jurídico normativo.

✓ Asimismo, se aprobó el "Plan de Lucha contra la Corrupción EsSalud 2015-2016", con el objetivo de prevenir y combatir, a nivel nacional, los actos de corrupción que vulneran los derechos de los asegurados.

Gerencia Central de Logística: La Gerencia Central de Logística, ejecutó sus dos iniciativas de gestión, como se indica:

✓ Con respecto al "Ordenamiento físico del archivo periférico de documentos de la GCL (I Etapa)", la empresa F&D Corporación, cuya Orden de Compra es la N° 4502540326, realizó las siguientes actividades en el Archivo de la Sub Gerencia de Adquisiciones:
  - Recepción, custodia y préstamo de file con documentos procedentes de los procedimientos de compras
  - Revisión de la documentación que obran en los expedientes de los procedimientos de compras que ingresan al archivo
  - Apoyo en la foliación de los expedientes de contrataciones que ingresan al archivo
  - Digitalización de documentos requeridos por la Gerencia Central de Logística
  - Custodia de las muestras adjudicadas, medicamentos y material médico ingresadas al archivo hasta la creación del SEABE
  - Recepción y ordenamiento de documentos procedentes de las compras directas "N".

  Los archivos de los procedimientos de compras están debidamente ordenados por analista y en forma correlativa según el número de proceso, de igual manera los documentos de las compras directas "N" están ordenados en cajas en forma correlativa según su número de proceso. Los medicamentos y material médico que se encuentran en este archivo están vencidas y se encuentran encajonadas

y controladas en un archivo Excel lista para su desecho y/o lo que dispongan las autoridades correspondientes.

- ✓ Con respecto a la "Actualización del módulo que sustentan la Gestión Logística en la implementación de recomendaciones de control interno", con carta circular N° 18-GCL-ESSALUD-2016, dirigida a los Órganos Desconcentrados, se les hizo de conocimiento la implementación del Sistema SEGUPAC, para llevar un estricto cumplimiento de la ejecución del PAC, remitiendo a las personas responsables del Plan Anual de Contrataciones de cada Red el usuario y clave y el link para el acceso al sistema en mención y el manual de dicho sistema.
  El anterior sistema CPAC será deshabilitado.

Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas: La Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, ejecutó las siguientes iniciativas de gestión al cierre del IV Trimestre 2015:

- ✓ Con respecto a la automatización del proceso del Pago del Subsidio de Lactancia, se aprobó la Directiva N° 033-GG-ESSALUD-2015, estableciendo las normas, criterios y procedimientos que regulan el pago del subsidio por lactancia a fin de brindar la prestación en forma oportuna, como parte de las acciones de mejora continua, simplificación y optimización de los procesos de prestaciones económicas, difundiendo el nuevo procedimiento entre la población asegurada y personal incurso, que ha permitido reducir el tiempo de pago a 4 días útiles y procesar un mayor número de expedientes; resaltando que en setiembre 2015 se procesaron 21 826 solicitudes en lugar del promedio mensual de 13 384 solicitudes.

- ✓ Se ha dado la conformidad a los 05 entregables para la "Implementación del Nuevo Esquema de Transferencia de Información (NETI) entre EsSalud y SUNAT", concluyendo así con las actividades de Pre- producción del NETI.

- ✓ Se elaboraron los términos de referencia, a fin de contar con un sistema de verificación Biométrica por Huella Dactilar para la identificación de pacientes en servicios de emergencias y/o alta complejidad y costos en centros asistenciales de las Redes Asistenciales Especiales. Mediante Carta N° 2430-GCSPE-ESSALUD-2015, se remitió a Gerencia General el proyecto de Directiva "Procedimiento para la verificación de la identidad de las personas que requieren prestaciones de salud en EsSalud". Para ello, se adquirieron 500 lectores biométricos al proveedor MACROVATIONS y se culminó el desarrollo del aplicativo en su primera versión y la interface y se estaba tramitando su pase a producción. La GCTIC, estaba en proceso de distribución de los lectores biométricos a los centros asistenciales identificados. Se realizaron gestiones ante la RENIEC a fin de generar accesos para el personal de la Institución que utilizará dichos lectores biométricos.

- ✓ Respecto al Desarrollo del Estudio Financiero Actuarial del Seguro Regular, Seguro Agrario y Seguro Independiente para el período 2015-2025 (II Etapa), se ejecutó en el marco de un convenio específico entra la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y EsSalud, siendo el actuario Carlos Grushka el encargado de la OIT a quien se le alcanzó la información disponible de las unidades orgánicas de la institución y se consolidó con Carta N° 838-GCSPE-ESSALUD-2015,

Por otro lado, tenemos a las Gerencias Centrales detalladas a continuación que no han cumplido con las iniciativas de gestión programadas para este periodo, por problemas ya sea presupuestales, procesos de contratación que hicieron que impidieron la ejecución de estas iniciativas.

Cuadro N° 29. *Incumplimiento de Iniciativas de Gerencia Centrales*

GERENCIA CENTRAL	INICIATIVAS DE GESTION	PROBLEMAS
Gerencia Central de Gestión Financiera	Implementación de la Gestión Presupuestal por Resultados en las Redes Asistenciales (II Etapa)	Iniciativa reprogramada para el año 2016, dado que aún no se culminado con módulo de programación y formulación – Sistema de Gestión Presupuestal SIP, debido a que solo se ha ingresado información presupuestal 2016 del total de las Redes Asistenciales y solo un 15% de los Órganos de la Sede Central.
	Fortalecimiento de la administración de recursos financieros como resultado de la implementación	La Iniciativa ha sido reprogramada para el año 2016, dado que el Consejo Directivo se encuentra en proceso de evaluación del "Proyecto de Actualización de la Política de Inversiones Financieras y del Reglamento de Inversiones Financieras de ESSALUD.
	Implementación del Sistema de Costos Integrado de ESSALUD a nivel de Establecimientos.	Esta iniciativa fue reprogramada para el año 2016, por la complejidad del Sistema.
	Incremento de los canales de comunicación con los deudores Terceros y Morosos en Lima y Callao	Iniciativa reprogramada para el año 2016, debido a problemas en la adecuación a la nueva estructura organizacional de EsSalud (ROF), dado a que no se ha considerado todas las funciones asignadas a la Gerencia de Cobranzas y Recuperaciones.
Gerencia Central de Proyectos de Inversión	Estudios de Ecoeficiencia en Hospitales Existentes	Iniciativa reprogramada para el año 2016, dado que la Sub-Gerencia de Mantenimiento no alcanzó la meta programada, debido a que el Estudio de Posibilidades que ofrece el mercado (EPOM) realizado en la Gerencia Central de Logística arrojó en dos oportunidades montos elevados.
	Evaluación de Plantas de Tratamiento de Agua de Hemodiálisis	Iniciativa reprogramada para el año 2016.
Gerencia Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones	Migración de la versión 4.0b a la versión SAP ECC 6.0 - (Etapa I)	Iniciativa reprogramada para el año 2016, dado que a la fecha han presentado un Informe del avance sobre la configuración del Módulo MSM en el SAP
	Desarrollo del Módulo de Gestión de Recursos Humanos - Nómina(SAP) - (Etapa I)	Iniciativa reprogramada para el año 2016, a la fecha se encuentran en proceso de convocatoria en la Gerencia Central de Logística para la contratación del servicio correspondiente.

3.3 Principales Problemas y Limitaciones

3.3.1 Órganos Desconcentrados

Se ha observado que las Redes Asistenciales han tenido un bajo nivel de cumplimiento debido:

- ✓ Desfase de la aprobación del Presupuesto Inicial institucional (presupuesto operativos de los ODCs) con la aprobación del POI – 2015 (Resolución N° 922-GG-EsSalud-2015, del 31-07-2015).
- ✓ Alta Rotación del personal de los Órganos Desconcentrados, sobre todo los responsables de las Unidades de Planeamiento, no permite realizar un seguimiento y evaluación permanente del POI de sus jurisdicciones, lo que ocasiona que los Líderes de las Iniciativa de Gestión no se encuentren comprometidos con las actividades que lideran y para lo que fueron asignados.
- ✓ Restricciones Presupuestales así como menores ingresos institucionales limitan atender solicitudes adicionales al presupuesto operativo asignado a las unidades ejecutoras (presupuesto operativo de las Redes Asistenciales).
- ✓ Alta dilación en los procesos logísticos, que no permiten cumplir con los plazos establecidos en el desarrollo de las Iniciativas de Gestión, así como a la oportunidad de gasto (presupuestos modificados).
- ✓ Inclusiones y exclusiones mensuales de los Ítem que no son adjudicados (por falta de presupuesto y/o por falta de postores y/o expedientes mal formulados) del PAC que igualmente dilatan los procesos logísticos.

3.3.2 Gerencias Centrales

Se ha observado el bajo nivel de cumplimiento de sus metas por las siguientes razones:

- ✓ Falta de personal especializado que no ha permitido que se cumpla con la ejecución de las metas programadas.
- ✓ Demora en los procesos de contratación no ha hecho posible que se cumpla con la ejecución de las metas programadas por parte de la Gerencia Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones.
- ✓ Demora en la elaboración de los expedientes técnicos y demora en los procesos logísticos, no permitieron cumplir con la ejecución de obras de la Gerencia Central de Proyectos de Inversión.
- ✓ Demora en la emisión de los laudos arbitrales que permiten culminar con la liquidación de los contratos de obra, fue otra limitante de la Gerencia Central de Proyectos de Inversión para no cumplir con su meta programada.
- ✓ Problemas en la adaptación al nuevo Reglamento de Organización y Funciones (ROF) institucional, debido a que algunas Gerencias Centrales no tienen asignadas todas las funciones que le corresponderían.

CAPÍTULO IV. Conclusiones

1. El Plan Operativo Institucional 2015 del Seguro Social de Salud – EsSalud, aprobado mediante Acuerdo N° 1-1E-EsSalud-2015, del 26-01-2015; con Acuerdo de Directorio N° 001-2014/016/FONAFE y Plan Operativo Institucional desagregado- 2015, aprobado mediante Resolución de Gerencia General N° 922-GG-ESSALUD-2015 de fecha 31.07.2015, modificado mediante Resolución de Gerencia General N° 1531-GG-ESSALUD-2015 de fecha 31.12.2015, está constituido por las actividades asistenciales, las actividades operativas y las iniciativas de gestión programados por los Órganos Centrales y Órganos Desconcentrados.

   Dichas actividades se desagregan de las siguiente manera: Se programaron 17 Actividades Asistenciales, (08) Indicadores Sanitarios, 256 iniciativas de gestión y 392 actividades operativas, de los cuales 55 iniciativas de gestión y 352 actividades operativas corresponden a los Órganos Centrales mientras que 201 iniciativas de gestión y 40 actividades operativas corresponden a los Órganos Desconcentrados.

2. En ese sentido, tenemos los siguientes resultados obtenidos en ***prestaciones de salud***, al cierre del año 2015, que alcanzó un nivel de cumplimiento mayor a 100% en lo que corresponde a las ***consultas externas***, las consultas en el I nivel de atención ejecutó un total de 8198378 (101.83%) y las consultas médicas en el II y III nivel de atención ejecutó un total de 12 132 317 (101.01%); respecto a las ***actividades recuperativas,*** se obtuvo un nivel de cumplimiento entre 97% y 105% destacando entre ellos al de trasplante de órganos cuya ejecución fue de 436 (121.11%); seguidamente tenemos las intervenciones quirúrgicas con una ejecución de 368543 (105.13%); tratamientos especializados alcanzó una ejecución de 936 593 (103.25%), egresos de hospitalización general 560 081 (101.11%) y finalmente tenemos paciente - día hospitalización general que ejecutó un total de 2 674 718 (97.64%); en lo que corresponde a las ***actividades preventivas*** se tiene que alcanzaron un nivel de cumplimiento entre 99% a 100% de ejecución destacando a las muestras procesadas PAP que alcanzó una ejecución de 713194 (100.88%) exámenes PAP, seguidamente se encuentra la vacunación pentavalente 3° dosis ejecutó un total de 93 239 (100.12%) y mamografías preventivas que ejecutó un total de 204 802 (99.47%); finalmente en lo que corresponde a ***servicios colectivos*** se obtuvo un nivel de cumplimiento entre 98% a 108% resaltando los talleres de salud que ejecutaron un total de 45 363 (108.94%), campañas de salud con una ejecución de 2 842 (106.01%), reforma de vida con una ejecución de 34 728 (105.91%) sesiones, charla de salud con una ejecución de 111 235 (105.26%), psicoprofilaxis 48 525 (100.42%), 2 703 (99.93%) actividades masivas de comunicación, y una ejecución de 87 921 (98.68%) visitas domiciliarias.

3. En ***prestaciones económicas***, se procesaron un total de 362 311 expedientes (Incapacidad laboral, Maternidad, Lactancia y Sepelio) lo que representó un nivel de ejecución de 97.11% respecto de la meta programada; y se otorgó un monto de total de S/ 573 800 364 representando un nivel de ejecución del 98.02% respecto de la meta programada.

4. En ***prestaciones sociales*** al cierre del año 2015, se logró la apertura de dos nuevos Centros del Adulto Mayor (CAM) lo que permitió que también se atiendan a más asegurados, se implementaron nuevos Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional y Social (MBRP) en Ayacucho, Ica, Tumbes y Tacna lo que permitió que más de 250 personas con discapacidad se inscriban en dichos módulos; se obtuvo el reconocimiento de Buenas Prácticas de Gestión Pública del Programa de Alfabetización, brindado por Ciudadanos al Día para el año 2015.

5. En lo que corresponde a las *actividades operativas de los Órganos Desconcentrados*, estos programaron un total de 40 actividades operativas en el periodo anual 2015, de los cuales 32 cumplieron con una ejecución del 90%, 3 de ellos alcanzaron un nivel de cumplimiento mayor a 60%, 3 de ellos tuvieron un nivel de ejecución menor del 60% y 2 no registraron avance.

6. De las *iniciativas de gestión programadas por los Órganos Desconcentrados* tenemos que el 45% (90), tienen un índice de avance mayor a 90%, el 15% (30) alcanzan un índice de avance entre el 75% a 90%, el 10% (21) tienen un índice de avance entre 60% a 75%, el 26% (52) tienen un índice de avance menor a 60% y el 4% (8) no registra ningún avance.

7. Se tiene que al cierre del año 2015, los Órganos Desconcentrados que obtuvieron un nivel de cumplimiento entre excelente y bueno de las actividades operativas e iniciativas de gestión fueron: Arequipa, Ayacucho, CNSR, Lambayeque, Piura, Huánuco, Moquegua, Rebagliati, Áncash, La Libertad, Almenara, Cusco, Pasco, Ucayali, Tumbes, los que obtuvieron un nivel de cumplimiento regular fueron: Moyobamba, Madre de Dios, Puno, GOF, Apurímac, Junín, Juliaca, Tacna, Amazonas, Sabogal; y los que obtuvieron un nivel de cumplimiento malo fueron: Tarapoto, INCOR, Huancavelica, Loreto, Ica, Huaraz, IETSI y Cajamarca.

8. A nivel de Órganos Centrales, se programaron un total de (352) actividades operativas, de estas tenemos que (268) alcanzaron un nivel de ejecución mayor al 90%, (14) alcanzaron un nivel de ejecución regular entre 75% y 60% y (70) presentaron un nivel de ejecución bajo menor al 60% o no presentaron a avance.

   Las Gerencia Centrales responsables de la ejecución de las 70 actividades operativas con un nivel de ejecución bajo y sin avance de ejecución son: Gerencia Central de Prestaciones de Salud, Gerencia Central de Proyectos de Inversión y Gerencia Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones.

9. Con respecto a las (55) iniciativas de gestión programadas por los Órganos Centrales, tenemos que (35 iniciativas) obtuvieron un nivel de ejecución entre excelente y bueno (mayor al 90%), (07 iniciativas) tuvieron un nivel de ejecución regular (entre 60% y 75%) y (13 iniciativas) tuvieron un nivel de cumplimiento malo (menor al 60%) o no presentaron avance de ejecución.

   Las Gerencias Centrales responsables de la ejecución de las (13) iniciativas de gestión que presentaron un nivel de ejecución bajo o no presentaron avance fueron:

   Estado Bajo:
   - Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas (1 iniciativa)
   - Gerencia Central de Prestaciones de Salud (4 iniciativas)
   - Gerencia Central de Atención al Asegurado (1 iniciativa)
   - Gerencia Central de Gestión Financiera (4 iniciativas)
   - Gerencia Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (1 iniciativa)

   Sin avance:
   - Gerencia Central de Proyectos de Inversión (1 iniciativa)
   - Gerencia Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (1 iniciativa)

CAPÍTULO V. Recomendaciones

1. El presente Informe de Evaluación da cuenta de los resultados obtenidos al cierre del año 2015, por los Órganos Desconcentrados y Órganos de las Sede Central, vale precisar que la información fue proporcionada por cada responsable de los Órganos antes señalados. En ese sentido, recomendamos que revisen los resultados evaluados a fin de que tomen las acciones correspondientes para su programación de metas del año 2016.

2. La Gerencia Central de Operaciones, en el marco de sus funciones y competencias, recomendamos continuar con las coordinaciones, el seguimiento y monitoreo a las Redes Asistenciales que no alcanzaron con la ejecución de los indicadores sanitarios programados en Plan Operativo Institucional 2015 entre ellos detallamos los siguientes:

   - Las Redes Asistenciales de Pasco, Juliaca y Tumbes que obtuvieron niveles de ejecución menores al 95% respecto al indicador ***"Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva del Primer Nivel de Atención"***, deberán establecer mecanismos de apoyo descentralizado, convenios de intercambio prestacional, programaciones RPCT u otras estrategias que garanticen el incremento de consultas en EESS de I nivel de atención, a fin de cumplir los Acuerdos de Gestión 2015 y las metas programadas en el Plan Operativo Institucional.
   - A la Redes Asistenciales Almenara, Rebagliati, Sabogal y Lambayeque, que presentaron los mayores tiempos de ***"Espera para intervención Quirúrgica",*** es importante que los Gerentes y Directores gestionen una lista única de espera quirúrgica, a fin de mejorar los tiempos de atención de pacientes con más de 90 días.
   - Con respecto al indicador ***"Promedio de Permanencia en Hospitalización General"***, las Redes Asistenciales como Almenara, Moyobamba, Cajamarca y Tumbes que no alcanzaron con la ejecución al 100%, deberán tener en cuenta los procesos de atención en los servicios de hospitalización, centro quirúrgico, apoyo al diagnóstico y tratamiento priorizando los Establecimientos de Salud que evidencian estancias prolongadas de pacientes en Hospitalización General.
   - Las Redes Asistenciales Cuzco, Almenara, Tacna, Rebagliati, Huancavelica, Lambayeque, Piura, Arequipa y Sabogal, que no cumplieron con la ejecución del indicador ***"Porcentaje de Pacientes en sala de observación de emergencia <= 24 Horas"*** es importante que tengan en cuenta disminuir el número de pacientes en sala de observación con estancia mayor de 24 horas, en sus Hospitales Base, a fin de evitar el congestionamiento en los Servicios de Emergencia.

3. Es importante señalar, que al momento de obtener los resultados mensualizados de los siguientes Indicadores: Cobertura de muestras procesadas PAP cérvico vaginal de Tamizajes (N° de mujeres aseguradas entre 50 – 74 años), cobertura de Mamografías Preventivas (N° de mujeres aseguradas entre 21 – 65 años) y Niñas, niños menores de 01 año protegidos con tercera dosis pentavalente; se ha observado que la población objetivo se mantiene constante para cada indicador, es decir si para el mes de enero la población objetivo fue un número x que se benefició con cualquiera de estos indicadores, se entiende que para el mes de febrero esta población tendría que variar no debería ser la misma población. En ese sentido, recomendamos a modo de propuesta a la Gerencia Central de Operaciones revisar el resultado que se va obteniendo mes a mes de cada uno de estos indicadores, a fin de mejorar las tendencias en la medición de los mismos.

4. Las Redes Asistenciales que no presentaron nivel de avance en las iniciativas de gestión fueron:

RED ASISTENCIAL	INICIATIVA DE GESTION	NIVEL DE AVANCE
Cajamarca	Implementar Guías de Práctica Clínica en el H II Cajamarca	Sin Avance de Ejecución
	Fortalecer la Oferta en Consulta Externa en el H II de Cajamarca	
	Disminuir los días de Incapacidad Temporal para el Trabajo en la Red Asistencial Cajamarca	
	Mejorar los procesos de Adquisiciones en la Red Cajamarca	
Huancavelica	Fortalecer el programa de Autoevaluación para la acreditación de los EESS de la RAS Huancavelica	Sin Avance de Ejecución
	Realizar la vigilancia de la Salud Ocupacional del Trabajador de los EESS de la RAS Huancavelica	
Huaraz	Categorizar, autoevaluar y acreditar los establecimientos de la Red Asistencial Huaraz	Sin Avance de Ejecución
	Mejorar la recuperación de deuda no contributiva y de terceros en la Red Asistencial Huaraz	
Moyobamba	Evaluar las referencias observadas a través del Comité de referencia	Sin Avance de Ejecución

En ese sentido, recomendamos que tomen las medidas correctivas que corresponda a fin de cumplir con la programación de sus metas; asimismo de ser necesario coordinar con la Subgerencia de Planeamiento de la Gerencia de Planeamiento Corporativo para reprogramar dichas iniciativas de gestión en el Plan Operativo Institucional 2016.

5. Los Órganos Desconcentrados que obtuvieron un nivel de cumplimiento menor al 60% como: Tarapoto, INCOR, Huancavelica, Loreto, Ica, Huaraz, IETSI y Cajamarca; recomendamos mejorar las gestiones administrativas como la contratación de personal, capacitación al personal responsable de hacer el seguimiento para el cumplimiento de las actividades operativas e iniciativas de gestión, mayores recursos presupuestales, entre otros; a fin de lograr el cumplimiento de sus metas programadas para la programación del POI 2016.

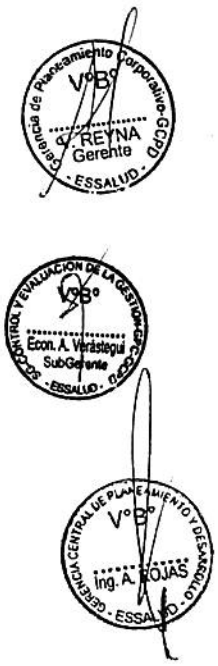
6. Los Órganos de la Sede Central que mostraron un nivel de ejecución malo y que no presentaron avance, como el caso de las siguientes Gerencias: Gerencia Central de Prestaciones de Salud, Gerencia Central de Proyectos de Inversión y Gerencia Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, deberán tomar las medidas correctivas que les permita cumplir con la ejecución de las metas programadas dado que forman parte de sus funciones y competencias, a fin de continuar con la operatividad Institucional.

7. Para los Órganos de la Sede Central que presentaron un nivel bajo de ejecutaron o no presentaron avance de las iniciativas de gestión programadas para el año 2015, mencionadas en el punto 9. de las Conclusiones, es importante que tomen las acciones y medidas correctivas necesarias e identifiquen la prioridad de cada una de ellas, a fin de que se reprogramen para el año 2016, para lo cual deberán coordinar con la Sub Gerencia de Planeamiento de la Gerencia de Planeamiento Corporativo y considerarlas en el Plan Operativo Institucional 2016.

8. Finalmente, recomendamos a los Órganos Desconcentrados y de la Sede Central que remitan la información en los plazo establecidos y de acuerdo a los formatos que establece la Directiva N° 08-GG-ESALUD-2015 "Directiva de Seguimiento, Control y Evaluación del Plan Operativo Institucional del Seguro Social de Salud – ESSALUD", sustentando el desarrollo de los logros alcanzados por las actividades e iniciativas de gestión programadas para el ejercicio fiscal correspondiente.

ANEXO 1

Avance de Actividades Operativas desagregadas por Órganos Centrales



Cuadro N° 30. *Estado Actividades Operativas Gerencia Central de Asesoría Jurídica*

N°	Actividad aprobada en el POI modificado	Unidad de Medida	Programado	Ejecutado	% Ejec. al 31.12.2015	ESTADO
1	Monitoreo de las actuaciones judiciales (diligencias diarias, impulsos procesales, etc.) de las Unidades de Asesoría Jurídica de las Redes Asistenciales.	Documentos dirigidos a las Unidades de Asesoría Jurídica de las Redes Asistenciales	180	644	**357.8%**	**Excelente**
2	Revisión de expedientes previo a su aprobación, así como otras consultas en materia de contratación estatal	Cartas	80	156	**195.0%**	
3	Presentación de escritos ante las diversas instancias judiciales, fiscales y Tribunales Arbitrales en aquellos casos en que EsSalud es parte por y contra la entidad	Escritos presentados	2700	5000	**185.2%**	
4	Otras consultas administrativas y laborales	Cartas	480	886	**184.6%**	
5	Asistencia a diligencias judiciales programadas por diversos órganos jurisdiccionales	Informe de asistencia a diligencias	690	780	**113.0%**	
6	Opiniones sobre proyectos normativos (proyectos de Ley, proyectos de reglamentos de Ley, proyectos para modificar normas)	Informes Legales	40	43	**107.5%**	
7	Implementación del Plan de Trabajo del Sistema de Control Interno en el ámbito de su Gerencia Central	Informes de implementación	3	3	**100.0%**	
8	Elaboración de informes legales respecto a nulidades de los actos derivados de los procesos de contratación	Informes Legales	48	44	**91.7%**	
9	Elaboración de informes legales para resolver las apelaciones formuladas contra la Entidad	Informes Legales	160	141	**88.1%**	**Bueno**
10	Supervisión a las Unidades de Asesoría Jurídica de las Redes Asistenciales.	Informe de Visitas de Supervisión	6	0	**0.0%**	**Sin avance**

Cuadro N° 31. *Estado Actividades Operativas Gerencia Central de Atención al Asegurado*

N°	Actividad aprobada en el POI Modificado	Unidad de Medida	Programado	Ejecutado	% Ejec. al 31.12.2015	ESTADO
1	Implementación del Plan de Trabajo del Sistema de Control Interno en el ámbito de su Gerencia Central	Informes de implementación	3	8	**233.3%**	**Excelente**
2	Emisión de notas de prensa para difundir información relacionada a las actividades de la GCAA	Notas de prensa	10	13	**130.0%**	
3	Emisión de boletines bimestrales de promoción de derechos, deberes y responsabilidades de la GCAA para promover el trabajo integrado e interconectado en EsSalud a nivel nacional.	Boletines emitidos	7	9	**128.6%**	
4	Asistencia Técnica y Supervisión a los equipos de gestión en los EE.SS. para fortalecer la atención de los reclamos, petitorios, consultas y sugerencias de los usuarios de EsSalud.	Asistencia Técnica y Supervisión a EE.SS	72	72	**100.0%**	
5	Campañas de promoción de derechos, deberes y responsabilidades para promover los derechos, deberes y responsabilidades de todos los actores de EsSalud mediante actividades colectivas	Campañas	3	3	**100.0%**	
6	Identificación de los procesos críticos de la Gerencia Central a considerarse en el Plan de Continuidad Operativa de ESSALUD	Informe de Procesos críticos	1	1	**100.0%**	
7	Evaluación de las recomendaciones de SuSalud en la IPRESS de EsSalud mediante Planes de mitigación.	Evaluaciones realizadas	33	29	**87.9%**	**Bueno**
8	Elaboración de documentos técnicos para dar respuesta los reclamos, petitorios, consultas y solicitudes de los usuarios de EsSalud y de la implementación de las recomendaciones de SuSalud en las IPRESS de EsSalud.	Documentos Técnicos emitidos	6	5	**83.3%**	
9	Monitoreo de la implementación de las recomendaciones de SuSalud en las IPRESS de EsSalud mediante planes de mitigación.	Reportes de monitoreo sobre la implementación de recomendaciones en EESS	125	102	**81.6%**	

Cuadro N° 32. *Estado Actividades Operativas Gerencia Central de Gestión de las Personas*

N°	Actividad aprobada en el POI Modificado	Unidad de Medida	Programado	Ejecutado	% Ejec. al 31.12.2015	ESTADO
1	Ejecución del programa de Apoyo al Trabajador Enfermo de los OO.CC y OO.DD	Trabajadores atendidos	100	351	351.0%	Excelente
2	Ejecución de Programas Educativos del Plan Anual de Desarrollo de las Personas.	Oportunidad de Capacitación	48000	67137	120.4%	
		Actividad Educativa	1800	1817		
3	Realización de Convocatorias de los procesos externos de selección de personal en las modalidades existentes (plaza vacante y suplencia por contratación directa y Contratación Administrativa de Servicios - CAS)	Cargos cubiertos	2666	3088	115.8%	
4	Ejecución del programa de promoción y prevención de la salud dirigida a los trabajadores de los OO.CC y OO.DD.	Trabajadores atendidos	11000	11723	106.6%	
5	Otorgamiento de aguinaldo por Navidad al trabajador DL 276 y 728, su hijo menor de 12 años y a los cesantes titulares del DL 20530 en los OO.CC y OO.DD	Trabajadores beneficiados	41710	53,980	105.5%	
		Hijos de trabajadores beneficiados	25350	18,985		
		Cesantes beneficiados	13061	14,664		
6	Atención de las solicitudes de acceso a la información pública.	Reporte de cumplimiento	12	12	100.0%	
7	Implementación de las recomendaciones emitidas por los Órganos de Control Interno y de Sociedades de Auditoría Externa.	Reporte de cumplimiento	12	12	100.0%	
8	Elaboración y emisión de la Planilla de Pagos del Personal D.Leg 276 - D.Leg 728 - D.Leg 1057 y Pensionistas D.L. 20530	Informe	4	4	100.0%	
9	Desarrollo de procesos de Contratación de Personal (D.L. 728, D.L. 276, CAS)	Reportes de cumplimiento	4	4	100.0%	
10	Registro y seguimiento de sanciones aplicadas como consecuencia de infracciones de normas	Reportes de cumplimiento	4	4	100.0%	
11	Realización de procesos de desplazamiento de personal a nivel nacional	Reportes de cumplimiento	4	4	100.0%	
12	Registro y seguimiento de Declaraciones Juradas de los trabajadores	Reportes de cumplimiento	4	4	100.0%	
13	Seguimiento de ceses y renuncias de personal D.L. 276 (Ley 19990 y 20530)	Reportes de cumplimiento	4	4	100.0%	
14	Monitoreo y seguimiento de cumplimiento de mandatos judiciales de reposición	Reportes de cumplimiento	4	4	100.0%	
15	Índice de faltas - tardanzas, para control de ausentismo de personal	Reportes	4	4	100.0%	
16	Control de absentismo laboral (descansos médicos)	Reportes	4	4	100.0%	
17	Consolidación y monitoreo permanente de la formación académica de trabajadores de la Institución	Informes de Monitoreo	4	4	100.0%	
18	Realización de Talleres Educativos para hijos de trabajadores de 7 a 12 años de edad de los OO.CC y OO.DD Desconcentrados	Informe	2	2	100.0%	
19	Mejoramiento de la imagen del personal a través del otorgamiento de la Bonificación por Uniforme, para los trabajadores de los OO.CC y OO.DD	Informe	1	1	100.0%	
20	Elaboración o actualización de Directiva sobre uniformes	Directiva aprobada	1	1	100.0%	
21	Ejecución de Talleres de Reforzamiento de Mejora del Clima Organizacional en los OO.CC y OO.DD	Informe	3	3	100.0%	
22	Seguimiento y control de pólizas de seguros: SCTR, Accidentes Personales, Comisión de Servicio y Vida Ley, para los trabajadores de los OO.CC y OO.DD.	Informe	3	3	100.0%	
23	Formulación del Plan de Desarrollo de las Personas – PDP 2015.	PDP aprobado	1	1	100.0%	
24	Implementación de los Acuerdos contenidos en las Actas de Compromiso suscritas con los gremios sindicales (ámbito nacional)	Reporte de cumplimiento	2	2	100.0%	
25	Ejecución del Programa "EsSalud tiene Talentos", dirigido a los OO.CC y OO.DD	Informe	1	1	100.0%	
26	Ejecución del programa de reconocimiento "PERSONAS QUE DEJAN HUELLA" en los OO.CC y OO.DD	Informe	1	1	100.0%	

N°	Actividad aprobada en el POI Modificado	Unidad de Medida	Programado	Ejecutado	% Ejec. al 31.12.2015	ESTADO
27	Ejecución de Programas de reconocimiento e identificación laboral en los OO.CC y OO:DD: Día de la Mujer, Día de la Secretaria, Día del Trabajo, Día de la Madre, Día del Padre, Fiestas Patrias, Día de la Seguridad Social, Gracias a Tí, Personas que Dejan Huella, Integración laboral y balance de la Gestión, Gimnasio y Coro Institucional; Servicios a terceros (Bazar)	Normas Técnicas elaboradas	9	6	55.2%	Malo
		Programas realizados	24	9		
		Trabajadores y familiares beneficiados	216793	133190		
28	Ejecución del proceso de promoción de personal	Cargo asignado	546	214	39.2%	
29	Realización de jornadas de Integración Familiar, en los OO.CC y OO.DD de Lima.	Trabajadores beneficiados	7250	2437	33.6%	
30	Monitoreo y control de incidencias promovidas por los gremios sindicales en el ámbito nacional.	Reporte de incidencias	6	2	33.3%	
31	Ejecución del Concurso interno para el acceso a cargos de Jefatura Asistencial (Médico, Cirujano Dentista, Químico Farmacéutico)	Cargo jefatural asignado	315	39	12.4%	
32	Elaboración o actualización de Normas o Directivas sobre acciones de personal: Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Capacitación, Reglamento de Internado Médico, Reglamento de Residentado Médico.	Normas aprobadas	4		0.0%	Sin Avance
33	Implementación del Plan de Trabajo del Sistema de Control Interno en el ámbito de su Gerencia Central	Informes de implementación	3		0.0%	
34	Elaboración de Directiva sobre Procesos Disciplinarios	Directiva aprobada	1		0.0%	
35	Identificación de los procesos críticos de la Gerencia Central a considerarse en el Plan de Continuidad Operativa de ESSALUD	Informe de Procesos críticos	1		0.0%	
36	Supervisión de la Capacitación y Formación	OODD supervisados que cumplen con la Norma	16		0.0%	
37	Implementación del proceso de evaluación de desempeño del personal de la Institución	Informe de Evaluación de desempeño	1		0.0%	

N°	Actividad aprobada en el POI Modificado	Unidad de Medida	Programado	Ejecutado	% Ejec. al 31.12.2015	ESTADO
1	Implementación del Plan de Trabajo del Sistema de Control Interno en el ámbito de su Gerencia Central	Informes de implementación	3	4	133.3%	
2	Asistencia Técnica para Implantación, implementación y ejecución del Plan Confianza a nivel nacional.	Informe de resultados de la asistencia técnica por red asistencial	12	12	100.0%	
3	Monitoreo, Supervisión y control a los servicios de trasplante en los ODC	Informes de Supervisión	6	6	100.0%	
4	Consolidación y Valorización de las actividades asistenciales ejecutadas por los ODC, para el informe a FONAFE	Informe de resultados	3	3	100.0%	
5	Monitoreo, Supervisión, Control y Evaluación del Presupuesto y Resultados obtenidos vs metas alcanzadas de la GCOP	Informe de Evaluación del Gasto	3	3	100.0%	
6	Supervisión y Control del cumplimiento de las recomendaciones de SUSALUD a los ODC de Lima, Callao y Provincias	Informe de supervisión y control	30	30	100.0%	
7	Asistencia Técnica, Monitoreo y Supervisión para la elaboración de expedientes de Prestaciones Asistenciales de Salud a los Asegurados en el Extranjero,	Informe de Supervisión y Control de las prestaciones de salud en el extranjero	6	6	100.0%	
8	Monitoreo, seguimiento y alerta de los planes, iniciativas, programas y otros en ejecución	Tableros de monitoreo y seguimiento	36	36	100.0%	
9	Supervisión, Control y Evaluación de los Acuerdos de Gestión, cumplimiento de convenios y contratos con EE.SS públicos y privados (Intercambio prestacional, PRESECO, 017, APPS), cumplimiento de la programación de las actividades asistenciales 2015 en los ODC.	Informes de , Supervisión, Control y Evaluación	33	33	100.0%	Excelente
10	Elaborar la metodología para determinar los valores referenciales de las prestaciones a comprar	Informe técnico	1	1	100.0%	
11	Evaluación y Reprogramación de las actividades asistenciales 2015 de los ODC, en concordancia con la nueva estructura orgánica (ROF-2014)	Aplicativo	1	1	100.0%	
		Informe de modificación de las metas de las actividades y metas de los indicadores FONAFE 2015	1	1		
12	Realizar estudios y/o apreciaciones de la Capacidad Operativa	Informe Técnico	1	1	100.0%	
13	Supervisión de Campaña de captación y registro de donación de órganos y tejidos	Informes de Campañas realizadas	3	3	100.0%	
14	Elaborar, el Nuevo Modelo Financiamiento	Informe técnico	1	1	100.0%	
15	Evaluar los servicios de Salud a nivel nacional analizando la oferta propia y/o privada para la toma de decisiones en base a los estudios y/o apreciaciones de la Capacidad Operativa	Informe Técnico	1	1	100.0%	
16	Elaboración, Formulación y Aprobación de la Programación de las Actividades Asistenciales 2016 en los ODC	Informe de programación de actividades asistenciales 2016 remitida para asignación de recursos	1	1	100.0%	
17	Talleres: Nacionales, Macroregionales y específicos para evaluar el resultado de la Gestión y el fortalecimiento de los Convenios de Intercambio Prestacionales de los ODC.	Informe de Talleres Nacionales, Macroregionales y Específicos de resultados e intercambio prestacional	8	7	87.5%	Bueno
18	Identificación de los procesos críticos de la Gerencia Central a considerarse en el Plan de Continuidad Operativa de ESSALUD	Plan de Continuidad Operativa en los Servicios de Salud	1	0	0%	Sin Avance

Cuadro N° 34. *Estado Actividades Operativas Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas*

N°	Actividad aprobada en el POI Modificado	Unidad de Medida	Programado	Ejecutado	% Ejec. al 31.12.2015	ESTADO
1	Supervisión presencial a los procesos de Auditoria de Seguros, Validación Prestacional y Verificación de la Condición de Asegurado a nivel nacional.	Informes de Supervisión	2	7	350.0%	Excelente
2	Realización de actividades presenciales de difusión y promoción de los productos y servicios que brinda la Institución.	Actividad de difusión y promoción realizada	330	637	193.0%	
3	Transacciones de aseguramiento realizadas en los Sistemas de Aseguramiento de forma presencial en los puntos de atención de la Plataforma de Aseguramiento.	Transacciones realizadas	1080000	2017505	186.8%	
4	Ejecución de investigación de accidentes de trabajo.	Investigaciones realizadas	304	387	127.3%	
5	Supervisión de la gestión de las Oficinas de Aseguramiento a nivel nacional.	Informe de supervisión	12	15	125.0%	
6	Auditoria de Seguros	Auditorias de seguros realizadas	6800	8483	124.8%	
7	Recertificación del Sistema de Gestión de la Calidad de la GCSPE	Agencias de Seguros Recertificadas	6	7	116.7%	
8	Ejecución del procedimiento de verificación de la condición de asegurados y de las Entidades Empleadoras de Trabajadores del Hogar y de las acciones de control posterior.	Verificaciones realizadas	5676	6426	113.2%	
9	Control de calidad en la Verificación de Derecho de Cobertura y Emisión de la Acreditación Complementaria	Registros de Acreditación Complementaria verificados	19400	20463	105.5%	
10	Monitoreo y Gestión de Reclamos en la Plataforma de Aseguramiento	Informes de reclamos atendidos	4	4	100.0%	
11	Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Oficinas de Aseguramiento de provincias y en la Agencia de Seguros Salamanca	Oficinas de Aseguramiento y Agencias de Seguros Implementadas	5	5	100.0%	
12	Proceso de calificación del otorgamiento de prestaciones económicas	Informes de Evaluación	12	12	100.0%	
13	Plan de Auditoría de Certificaciones Médicas de Incapacidad vinculadas a prestaciones económicas	Establecimientos de Salud Auditados	90	90	100.0%	
14	Plan de Auditoría y Fiscalización de las Prestaciones Económicas	Unidades de Prestaciones Económicas fiscalizadas	19	19	100.0%	
15	Gestión de las Certificaciones Médicas (CITT - IMECI - OGIT)	Informes	3	3	100.0%	
16	Automatización de los procesos de registro, acreditación y recaudación del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo - SCTR en EsSalud (Fase Elaboración de requerimientos funcionales)	Informe de Procesos propuestos a automatizar	2	2	100.0%	
17	Desarrollo de aplicativos informáticos de Verificación y Auditoría de Seguros.	Informes de avance	2	1.8	90.0%	Bueno
18	Implementación del Plan de Trabajo del Sistema de Control Interno en el ámbito de su Gerencia Central	Informes de implementación	3	2	66.7%	Regular
19	Elaboración del Tablero de Riesgos Operativos de Aseguramiento	Tablero de Riesgos Aprobado	1	0.6	60.0%	Malo
20	Medición del Grado de Satisfacción del Usuario de Aseguramiento	Encuesta realizada	1	0	0.0%	Sin Avance
21	Identificación de los procesos críticos de la Gerencia Central a considerarse en el Plan de Continuidad Operativa de ESSALUD	Informe de Procesos críticos	1	0	0.0%	

Cuadro N° 35. *Estado Actividades Operativas Oficina de Defensa Nacional*

N°	Actividad aprobada en el POI Modificado	Unidad de Medida	Programado	Ejecutado	% Ejec. al 31.12.2015	ESTADO
1	Ejecución de Simulacros a nivel nacional	Informe Simulacro	3	4	133.3%	Excelente
2	Elaboración de Planes de Respuesta Hospitalarios de los Órganos desconcentrados	Planes de Respuesta Hospitalarios en Órganos desconcentrados	25	31	124.0%	
3	Instrucción a 100 Brigadistas	Informes sobre el proceso de instrucción a 100 brigadistas	100	115	115.0%	
4	Implementación del Plan de Trabajo del Sistema de Control Interno en el ámbito de su Gerencia Central	Informes de implementación	3	3	100.0%	
5	Identificación de los procesos críticos de la Gerencia Central a considerarse en el Plan de Continuidad Operativa de ESSALUD	Informes de avance	3	3	100.0%	
6	Elaboración y Difusión de escenarios de riesgos	Informe de escenarios de riesgo enviados a EESS	14	13	92.9%	

Cuadro N° 36. *Estado de Actividades Operativas Oficina de Gestión de la Calidad*

N°	Actividad aprobada en el POI Modificado	Unidad de Medida	Programado	Ejecutado	% Ejec. al 31.12.2015	ESTADO
1	Fortalecimiento de Capacidades en Gestión de Calidad y Proyectos de Mejora Continua	Integrantes capacitados	32	1301	4065.6%	Excelente
2	Monitoreo, supervisión, evaluación y asistencia técnica de la Gestión de la Calidad Institucional	Informe de Monitoreo	4	4	100.0%	
3	Identificación de los procesos críticos de la Gerencia Central a considerarse en el Plan de Continuidad Operativa de ESSALUD	Informes de implementación	3	3	100.0%	
4	Implementación del Plan de Trabajo del Sistema de Control Interno en el ámbito de su Gerencia Central	Informe de Procesos críticos	1	1	100.0%	
5	Implementación del Plan de Mejora Continua de la Calidad	Proyectos de Mejora Continua aprobados	62	30	48.4%	Malo
6	Implementación del Plan de Seguridad del Paciente	Directivas aprobadas	4		0.0%	Sin Avance

Cuadro N° 37. *Estado de Actividades Operativas Oficina de Relaciones Institucionales*

N°	Actividad aprobada en el POI Modificado	Unidad de Medida	Programado	Ejecutado	% Ejec. al 31.12.2015	ESTADO
1	Implementación de las Redes Sociales como herramienta de comunicación que facilite información de prevención y promoción de la salud a los asegurados y público en general	Publicación	700	4284	3084.6%	Excelente
		Interacción	3500	194501		
2	Gestión de la información periodística y la relación con los medios de comunicación, realizando seguimiento y monitoreo.	Notas de Prensa	360	666	199.8%	
		Informe	4	5		
		Menciones	4000	11573		
3	Diseño y ejecución de campañas preventivas promocionales y de servicios, sin presupuesto de publicidad estatal.	Campañas realizadas	10	15	160.7%	
		Planes aprobados	7	12		
4	Taller de capacitación para periodistas en temas institucionales y de salud, a nivel nacional.	Asistentes	60	95	158.3%	
5	Plan de Supervisión y Actualización de Señalética hospitalaria e imagen corporativa a nivel nacional.	Plan aprobado	1	1	150.0%	
		Informe de Monitoreo	2	4		
6	Elaboración del Plan de Comunicación Interna y monitoreo de su cumplimiento	Plan aprobado	1	2	150.0%	
		Campañas realizadas	2	2		
7	Edición, impresión y distribución del periódico institucional de EsSalud.	Ediciones	8	12	140.5%	
		Periódicos distribuidos	1200000	1572000		
8	Realización de la actividad de reconocimiento a coordinadores y voluntarios.	Asistentes	1600	2000	125.0%	
9	Plan de Capacitación en Protocolo y Ceremonial al personal de las ORIS de Lima y Callao (incluye encargados de centros asistenciales de las 3 Redes e Institutos Especializados) y personal responsable de la organización de eventos de las Gerencias y Oficinas centrales de la sede central.	Plan aprobado	1	1	112.5%	
		Personal capacitado	60	75		
10	Visitas de supervisión y monitoreo de Gestión del Voluntariado en Redes Asistenciales a nivel nacional.	Informes	4	4	100.0%	
11	Implementación del Plan de Trabajo del Sistema de Control Interno en el ámbito de su Gerencia Central	Informes de implementación	3	3	100.0%	
12	Curso Taller "Redacción Periodística Manejo y Prevención de Crisis en medios de Comunicación, Herramientas necesarias para el Manejo Audiovisual y Estrategias de Marketing y Prensa".	Personal capacitado	60	60	100.0%	
13	Asistencia prestada a las Unidades Orgánicas de ORI, para la elaboración de sus materiales de difusión y comunicación.	Informes de asistencias prestadas	3	3	100.0%	
14	Sistematización del material físico y archivos digitales periodísticos, ideográficos, fotográficos y audiovisuales de las diversas actividades Institucionales.	Informe	3	3	100.0%	
15	Elaboración del Plan Nacional de Gestión de Crisis.	Plan aprobado	1	1	100.0%	
16	Identificación de los procesos críticos de la Gerencia Central a considerarse en el Plan de Continuidad Operativa de ESSALUD	Informe de Procesos críticos	1	1	100.0%	
17	Implementación de nuevas sedes de Voluntariado.	Oficinas implementadas	2	2	100.0%	
18	Elaboración y Ejecución del Plan de Capacitación de Voluntarios y Reuniones de Gestión	Voluntarios capacitados	550	550	100.0%	
19	Rediseño del portal web como un servicio en línea para los asegurados.	Página Web Rediseñada	1	1	100.0%	
20	Diagnóstico, elaboración y ejecución del Plan Nacional para la Evaluación y Selección de Nuevos Voluntarios.	Informe de Diagnóstico	1	1	100.0%	
		Plan Aprobado	1	1		
		Informe de selección de nuevos voluntarios	1	1		

N°	Actividad aprobada en el POI Modificado	Unidad de Medida	Programado	Ejecutado	% Ejec. al 31.12.2015	ESTADO
21	Organización de la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas en EsSalud.	Plan aprobado	1	1	100.0%	Excelente
		Invitaciones	1500	1500		
22	Revisión y control de la edición, impresión y distribución de la Memoria Institucional	Memoria editada	1	1	100.0%	
		Memoria distribuida	2000	2000		
23	Elaboración del Plan de Comunicación Institucional y monitorear su cumplimiento.	Plan aprobado	1	1	100.0%	
		Informe	2	2		
24	Elaboración del Plan de Estrategia Publicitaria y monitorear su cumplimiento	Plan aprobado	1	1	100.0%	
		Campañas realizadas	2	2		
25	Elaboración, ejecución y supervisión de un Plan Estratégico de Comunicación Audiovisual para su implementación a nivel nacional.	Plan aprobado	1	1	100.0%	
		Informe	2	2		

Cuadro N° 38. *Estado Actividades Operativas Secretaría General*

N°	Actividad aprobada en el POI Modificado	Unidad de Medida	Programado	Ejecutado	% Ejec. al 31.12.2015	ESTADO
1	Implementación de la Gestión de Riesgos de la Oficina de Administración Documentaria - OAD	Riesgos minimizados	8	8	100.0%	Excelente
2	Implementación de la Gestión de Calidad en la Atención de nuestros usuarios	Usuarios satisfechos	2000	2000	100.0%	
3	Actualización del Sistema de Administración Documentaria -SIAD (Redes de Lima y Sede Central)	Órganos de la institución con SIAD actualizadas	4	4	100.0%	
4	Evaluación del Plan Anual de Trabajo del Órgano de Administración de Archivos de ESSALUD	Informe de evaluación	4	4	100.0%	
5	Evaluación del Plan Anual de Trabajo de la Biblioteca Central de ESSALUD	Informe de evaluación	4	4	100.0%	
6	Consolidación de solicitudes de acceso a la información pública atendidas y no atendidas	Informe de consolidación	4	4	100.0%	
7	Elaboración y Seguimiento de la implementación del Plan Institucional de Lucha contra la Corrupción 2015 - 2016	Informe de implementación	2	2	100.0%	
8	Seguimiento de la Difusión del Código de Ética	Informe de Seguimiento	2	2	100.0%	
9	Actualización permanente del Compendio Normativo Institucional (ingreso de normas nuevas y retiro de normas derogadas)	Informe de consolidación	2	2	100.0%	
10	Implementación del Plan de Trabajo del Sistema de Control Interno en el ámbito de su Oficina	Informe de implementación	3	3	100.0%	
11	Identificación de los procesos críticos de la Secretaría General a considerarse en el Plan de Continuidad Operativa de ESSALUD	Informe de implementación	1	1	100.0%	

Cuadro N° 39. *Estado Actividades Operativas Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad*

N°	Actividad aprobada en el POI Modificado	Unidad de Medida	Programado	Ejecutado	% Ejec. al 31.12.2015	ESTADO
1	Elaboración de Normas Técnicas para las prestaciones sociales	Normas Técnicas aprobadas	3	6	200.0%	Excelente
2	Monitoreo y evaluación del cumplimiento de metas de las Unidades Operativas de Prestaciones Sociales	Informes de Evaluación	16	17	106.3%	
3	Supervisión de Unidades Operativas de Prestaciones Sociales	Compromisos de Gestión suscritos con CAM y CERP	27	27	100.0%	
4	Implementación del Plan de Trabajo del Sistema de Control Interno en el ámbito de su Gerencia Central	Informes de implementación	3	3	100.0%	
5	Elaboración de indicadores que mida el impacto de las prestaciones sociales brindadas al adulto mayor y persona con discapacidad	Fichas de Indicadores propuestas	2	2	100.0%	
6	Despliegue del Nuevo Sistema de Información Gerencial de Prestaciones Sociales en el ámbito nacional	Unidades Operativas implementadas con Sistema	21	15	71.4%	Regular
7	Medición de Satisfacción del usuario que accede a prestaciones sociales	Informes con Resultados de Encuesta	3	2	66.7%	
8	Identificación de los procesos críticos de la Gerencia Central a considerarse en el Plan de Continuidad Operativa de ESSALUD	Informe de Procesos críticos	1	0	0%	Sin Avance



Cuadro N° 40. *Estado Actividades Operativas Gerencia Central de Prestaciones de Salud*

N°	Actividad aprobada en el POI Modificado	Unidad de Medida	Programado	Ejecutado	% Ejec. al 31.12.2015	ESTADO
1	Evaluación de la operatividad y ejecución de los fondos por encargo asignados a la GCPS	Informe de evaluación	4	4	100.0%	Excelente
2	Implementación del Plan de Trabajo del Sistema de Control Interno en el ámbito de su Gerencia Central	Informes de implementación	4	4	100.0%	
3	Modificación de la Norma y Procedimientos para la emisión, registro y control de las certificaciones por incapacidad y maternidad en EsSalud	Modificación normativa propuesta	1	1	100.0%	
4	Brindar asistencia técnica en gestión de las líneas de acción sanitarias priorizadas a Redes Asistenciales a nivel nacional	Informe de asistencia técnica realizada	1	1	100.0%	
5	Formulación de la norma de auditoria en enfermería	Proyecto de norma propuesta	1	1	100.0%	
6	Formulación de norma con criterios de ordenamiento territorial	Proyecto de norma de ordenamiento territorial propuesto	1	1	100.0%	
7	Elaboración de la propuesta de Modelo de Intervención de la Cartera de Servicios de las Prestaciones Integrales de Salud acorde a las Prioridades Sanitarias	Propuesta del Modelo de Intervención de Cartera de Servicios de Prestaciones de Salud	1	1	100.0%	
8	Evaluación de Documentos Técnicos relacionados al ámbito de la salud que estipulen los contratos en la modalidad Asociación Público Privada	Documento Técnico evaluado	1	1	100.0%	
9	Elaboración de instrumento para la supervisión de Asociación Público Privada	Instrumento propuesto	1	1	100.0%	
10	Evaluación y Supervisión de la categorización y acreditación de los establecimientos de salud priorizados	Informe de Evaluación y Supervisión de EESS (categorización)	4	4	100.0%	
11	Brindar asistencia técnica para Mejorar los Procesos para la reducción de la Mortalidad Materna	Informe de asistencia técnica realizada	2	2	100.0%	
12	Brindar asistencia técnica para la implantación de la Norma "Gestión e Implementación de las Unidades Neonatales en los Establecimientos de Salud"	Informe de asistencia técnica realizada	2	2	100.0%	
13	Elaboración de Manual para Salud Bucal	Manual propuesto	1	1	100.0%	
14	Identificación de los procesos críticos de la Gerencia Central a considerarse en el Plan de Continuidad Operativa de ESSALUD	Informe de Procesos críticos identificados	1	1	100.0%	
15	Elaboración del proyecto de la Directiva de la Red Cardiovascular	Proyecto de Directiva propuesta	1	1	100.0%	
16	Implantación de las Directivas de Cáncer de Mama y Cuello Uterino	Directivas implantadas	2	2	100.0%	
17	Actualización de la Directiva de Procedimientos Radiológicos de Patología Mamaria	Directiva propuesta	1	1	100.0%	
18	Elaboración del Plan de Atención Integral de Enfermedades Cardiovasculares	Plan propuesto	1	1	100.0%	
19	Actualización de la Directiva de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus	Directiva actualizada propuesta	1	1	100.0%	
20	Fortalecimiento de la Gestión de Medicina Complementaria	Propuesta de documento técnico	1	1	100.0%	
21	Elaboración del Proyecto de Directiva de Gestión del Programa de Reforma de Vida Renovada	Proyecto de Directiva	1	1	100.0%	
22	Elaboración del Plan de Prevención y Lucha contra la Anemia y la Desnutrición Infantil	Plan propuesto	1	1	100.0%	
23	Elaboración del Estudio de Carga de Enfermedad 2015-2019 para la determinación de Prioridades Sanitarias que orienten las investigaciones en salud y para la formulación de las Carteras de Salud	Estudio de Carga de Enfermedad 2015-2019 elaborado	1	1	100.0%	

N°	Actividad aprobada en el POI Modificado	Unidad de Medida	Programado	Ejecutado	% Ejec. al 31.12.2015	ESTADO
24	Evaluación del Piloto EsSalud Familia	Informe final de evaluación a 15 Establecimientos de Salud	1	0.9	90.0%	Bueno
25	Elaboración del Plan de Prevención y Promoción de la Salud 2016	Plan propuesto	1	0.9	90.0%	
26	Elaboración del Plan Integral de Cáncer 2017-2021	Plan propuesto	1	0.8	80.0%	
27	Elaboración de la Norma de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED)	Proyecto de norma propuesta	1	0.8	80.0%	
28	Estandarización de las denominaciones de los procedimientos de patología clínica	Documento Técnico propuesto	1	0.75	75.0%	Regular
29	Actualización de Guías en Salud Sexual y Reproductiva	Guías propuestas	2	1.3	65.0%	
30	Elaboración de Directiva y Guía para VIH	Directiva y Guía propuesta	2	1.3	65.0%	
31	Actualización de las Normas en Seguridad y Salud en el Trabajo y Salud Ambiental	Proyectos de normas propuestas	3	1.8	60.0%	Malo
32	Brindar asistencia técnica para la implantación de normatividad vigente de servicios de Emergencia (EMG) en los Establecimientos de Salud	Informe de asistencia técnica realizada	4	2.4	60.0%	
33	Actualización de Plan General de Salud 2015-2021 de EsSalud	Plan Propuesto	1	0.5	50.0%	
34	Actualización del Modelo de Atención Integral de Salud	Modelo Propuesto	1	0.5	50.0%	
35	Fortalecimiento de la operatividad del Sistema de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria en Oficinas y unidades priorizadas	Oficinas y Unidades de Inteligencia Sanitaria con Sistema de Vigilancia de Salud Pública Operativo	24	12	50.0%	
36	Elaboración de la Guía de Tuberculosis MDR	Guía propuesta	1	0.5	50.0%	
37	Elaboración de la Norma de Inmunizaciones	Proyecto de norma propuesta	1	0.5	50.0%	
38	Diseño del nuevo modelo de gestión de las Unidades de Salud Ocupacional y Salud Ambiental	Modelo de Gestión propuesto	1	0.5	50.0%	
39	Diseño del nuevo modelo de gestión para los Centros de Prevención de Riesgos del Trabajo - CEPRIT	Modelo de Gestión propuesto	1	0.4	40.0%	
40	Diseño de propuesta para mejorar el acceso a Prestaciones Preventivas Promocionales	Propuesta diseñada	1	0.3	30.0%	
41	Brindar asistencia técnica para mejorar los Procesos en los Servicios de Farmacia en el marco de la Ley N° 29459	Informe de asistencia técnica realizada	2	0.5	25.0%	
42	Brindar asistencia técnica para la implantación de la normatividad vigente de servicios de UCI/UCIN en los Establecimientos de Salud	Informe de asistencia técnica realizada	4	0.5	12.5%	
43	Formulación del Proyecto de Creación de la Red de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	Proyecto propuesto	1	0.1	10.0%	
44	Formulación de Norma con Criterios para el desarrollo de la oferta prestacional fija y móvil	Proyecto de norma para la oferta prestacional fija y móvil	1	0	0.0%	Sin Avance
45	Diseño del proceso de evaluación de la aplicación de los Productos de Atención Integral de Salud Intra y Extrainstitucional	Proceso de Evaluación propuesto	1	0	0.0%	

Gerencia de Planeamiento Corporativo - GCPD
V°B°
V. REYNA
Gerente
ESSALUD
EVALUACION DE LA GESTION CORPORATIVA
V°B°
Econ. A. Verástegui
SubGerente
ESSALUD
V°B°
Ing. A. ROJAS
ESSALUD

Cuadro N° 41. *Estado Actividades Operativas Gerencia Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones*

N°	Actividad aprobada en el POI Modificado	Unidad de Medida	Programado	Ejecutado	% Ejec. al 31.12.2015	ESTADO
1	Desarrollo del Sistema Integral de Atención al asegurado: Ventanilla Única	Informes de avance del desarrollo del Sistema Integrado de prestaciones económicas a la Ventanilla Única	4	4	100.0%	Excelente
2	Supervisión y Soporte del Servicio y desarrollo de la actualización y mejoras del Sistema SAS	Informes de supervisión y soporte del desarrollo de la actualización y mejoras de los Módulos del SAS	3	3	100.0%	
3	Supervisión y Soporte del Servicio de Nuevo Esquema de Transferencia de Información. NETI, SUNAT - ESSALUD	Informes de supervisión y soporte del Servicio del Nuevo Esquema de Transferencia de Información SUNAT-ESSALUD	3	3	100.0%	
4	Supervisión y Soporte del Servicio de Sistema de Información Gerencial de Prestaciones Sociales	Informes de supervisión y soporte del Servicio de Información Gerencial de Prestac.Sociales	3	3	100.0%	
5	Implementación del Plan de Trabajo del Sistema de Control Interno en el ámbito de su Gerencia Central	Informes de implementación	3	3	100.0%	
6	Realización de Visitas Inopinadas en las Redes Asistenciales a Nivel Nacional para verificación de la Política de Seguridad Informática	Redes Asistenciales Visitadas	6	6	100.0%	
7	Verificación de vulnerabilidades en los Servidores ubicados en el DATA CENTER	Servidores Auditados	50	50	100.0%	
8	Desarrollo de un Sistema de Salud para Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención.	Informe de avance del desarrollo del Sistema de Salud para Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención	2	2	100.0%	
9	Implementación de un Sistema de Salud para Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención.	Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención implementados	5	5	100.0%	
10	Custodia Externa para Medios de Respaldo para el Data Center de la Sede Central	Acta de Conformidad	1	1	100.0%	
11	Gestión para la provisión de computadoras a través del Convenio Interinstitucional para la contratación Corporativa del Servicio de Arrendamiento de Equipo Informático vía FONAFE	Informes de gestión	1	1	100.0%	
12	Implementación del Sistema de Videoconferencia	Sistema de Video Conferencia implementado	1	1	100.0%	
13	Mejoramiento del equipo y sistemas de protección informática : Proxy y AntiSpam	Informes de avance	1	1	100.0%	
14	Implementación de la Interconexión por Fibra Óptica entre la Sede Central y 05 establecimientos de salud	Informes de avance de implementación	1	1	100.0%	
15	Implementación de una Solución para Análisis de Seguridad para Aplicaciones WEB y WebService	Solución de análisis de seguridad para aplicaciones WEB y WebServices Implementada	1	0.8	80.0%	Bueno
16	Implementación y Migración de la plataforma de correo electrónico Microsoft	Cuentas de correo actualizadas	2300	1727	75.1%	
17	Concientizar a los trabajadores de ESSALUD en temas de Seguridad de Información	Talleres Realizados	6	3.7	61.7%	Regular

N°	Actividad aprobada en el POI Modificado	Unidad de Medida	Programado	Ejecutado	% Ejec. al 31.12.2015	ESTADO
18	Implementación del Sistema Institucional de Imágenes Médicas	Establecimientos de Salud implementados con el Sistema Institucional de imágenes médicas	12	4	33.3%	Malo
19	Implementación de una Solución para análisis de código para desarrollo seguro	Solución de análisis de código para desarrollo seguro Implementada	1	0.3	30.0%	
20	Desarrollo del Servicio de Auditoria de "Sistema de Gestión de Seguridad de Información (GCL, GCGP, GCTIC) e implementar mejoras tangibles.	Informes de las mejoras implementadas	1	0.1	10.0%	
21	Desarrollo seguro de sistemas del código fuente garantizando su seguridad informática.	Informes de avance	1	0.1	10.0%	
22	Implementación de la solución de seguridad y monitoreo en las bases de datos de EsSalud	Informes de avance de implementación	1	0.1	10.0%	
23	Mantenimiento y soporte del Software de Distribución de Estudios (CENATE - Telemedicina)	Licencia corporativa	1		0.0%	Sin Avance
24	Implementación de la Protección Eléctrica para los Data Center y Sala de Servidores de los OO.DD.	Acta de Conformidad	1		0.0%	
25	Identificación de los procesos críticos de la Gerencia Central a considerarse en el Plan de Continuidad Operativa de ESSALUD	Informe de Procesos críticos	1		0.0%	
26	Manejo y tratamiento de firmas digitales mediante adquisición de software y dispositivos para almacenamiento de certificados digitales.	Informe de implementación de Dispositivos almacenamiento de certificados digitales	1		0.0%	
27	Mantenimiento de los sistemas de soporte de la infraestructura del Data Center de la Sede Central	Acta de Conformidad	1		0.0%	
28	Mantenimiento de las librerías de discos	Acta de Conformidad	1		0.0%	
29	Migración de la base de datos institucional Oracle, afinamiento y mejora	Acta de Conformidad	1		0.0%	
30	Pruebas de rendimiento, stress y unitarias para aplicativos desarrollados	Acta de Conformidad	1		0.0%	
31	Implementación de la Solución de Almacenamiento institucional	Acta de Conformidad	1		0.0%	
32	Implementación del Sistema de Control y Monitoreo del Data Center	Acta de Conformidad	1		0.0%	
33	Prevención de Pérdida de Datos (DLP)	Acta de Conformidad	1		0.0%	
34	Reubicación y acondicionamiento de los Condensadores del Aire Acondicionado del Centro de Datos de la Sede Central	Acta de Conformidad	1		0.0%	
35	Implantación de una herramienta de Mesa de Ayuda	Sistema implantado	1		0.0%	
36	Mantenimiento de la Central Telefónica de la Sede Central	Informe técnico	1		0.0%	
37	Implementación del Sistema de Gestión de Laboratorio (LIS) en las Redes Asistenciales de Lima, capaz de gestionar las muestras e integrar su información en los sistemas de gestión hospitalaria.	Informes de avance de implementación	1		0.0%	
38	Implementación de 25 Centros de Datos en establecimientos de salud	Informes de avance de implementación	1		0.0%	
39	Mejoramiento del Cableado Estructurado que mejorará las comunicaciones internas y por ende los servicios brindados por los establecimientos de salud.	Informe de implementación de cableado estructurado	1		0.0%	
40	Implementación de una solución de discos para el plan de contingencia mejorando los niveles de disponibilidad de servicio y los tiempos de recuperación ante desastres.	Informes de avance de implementación	1		0.0%	

Cuadro N° 42. *Estado Actividades Operativas Gerencia Central de Gestión Financiera*

N°	Actividad aprobada en el POI Modificado	Unidad de Medida	Programado	Ejecutado	% Ejec. al 31.12.2015	ESTADO
1	Medición por producción de las Redes Asistenciales, en el proceso de facturación de las prestaciones brindadas en el Marco del Intercambio Prestacional - SIS - ESSALUD	Informes de Facturación emitidos por Redes Asistenciales	9	17	188.9%	Excelente
2	Formulación del Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) 2016	PIA aprobado	1	1	100.0%	
3	Remisión a FONAFE de la Evaluación Anual de la Ejecución Presupuestal y EE.FF	Oficio emitido a FONAFE	1	1	100.0%	
4	Medición por producción de las Redes Asistenciales en el proceso de emisión de documentos de cobranza por Terceros y Morosos	Informes de Emisión de Documentos de Cobranza por RRAA	31	31	100.0%	
5	Ingreso de la Información Contable en el Módulo de la Contabilidad Pública	Oficio remitiendo los EEFF a la Contaduría Pública	4	4	100.0%	
6	Elaboración de Manuales de Registro Contable por cuenta y actividad	Manuales elaborados	30	30	100.0%	
7	Supervisión de las áreas de Contabilidad de los OO.DD. y Sede Central	Informes de visitas de supervisión	22	22	100.0%	
8	Implementación del Plan de Capacitación Tributaria en OODD y Sede Central	Informes de resultados de capacitación	12	12	100.0%	
9	Remisión de la Evaluación, Ejecución presupuestal y EE.FF a FONAFE	Oficio emitido a FONAFE	12	12	100.0%	
10	Gestión y monitoreo de las Inversiones Financieras	Informes de Gestión	12	12	100.0%	
11	Gestión de Modificaciones del Presupuesto Institucional (PIM) 2015	PIM aprobado	2	2	100.0%	
12	Remisión de Información de Estados Financieros a INEI	Oficio remitiendo los EEFF a INEI	1	1	100.0%	
13	Elaboración de los Estados Financieros Consolidados	EE.FF. Consolidados elaborados	1	1	100.0%	
14	Supervisión de la Gestión de cobranza por deuda no tributaria a nivel nacional	Deuda Recuperada no tributaria	61	60.08	98.5%	
15	Elaboración del Flujo de Caja	Informe Técnico	12	11	91.7%	
16	Implementación del Plan de Trabajo del Sistema de Control Interno en el ámbito de su Gerencia Central	Informes de implementación	3	2.75	91.7%	
17	Unificación de la información de los procesos operativos de cobranza en una Base de Datos única.	Aplicativo web desarrollado	1	1	75.0%	Regular
18	Manual de Procedimientos para la Emisión de Resoluciones de Cobranza.	Procedimientos elaborados	6	1	16.7%	Malo
19	Identificación de los procesos críticos de la Gerencia Central a considerarse en el Plan de Continuidad Operativa de ESSALUD	Informe de Procesos críticos	1	1	100.0%	Sin Avance

Cuadro N° 43. *Estado Actividades Operativas Gerencia Central de Proyectos de Inversión*

N°	Actividad aprobada en el POI Modificado	Unidad de Medida	Programado	Ejecutado	% Ejec. al 31.12.2015	ESTADO
1	Gestión de Mantenimiento de Infraestructura de los Órganos Desconcentrados.	Visita de Supervisión de Infraestructura	20	21	105.0%	Excelente
2	Gestión de Mantenimiento de Equipamiento de los Órganos Desconcentrados.	Visita de Supervisión de Equipamiento	15	15	100.0%	
3	Seguimiento y control del avance físico de las obras en ejecución por Organismos Internacionales	Obras concluidas	1	1	100.0%	
4	Elaboración y validación de Términos de Referencia para la Ejecución de Proyectos de Inversión de Equipamiento	Informes presentados	22	22	100.0%	
5	Control y Evaluación de la Ejecución del Presupuesto de Proyectos de Inversión de Equipamiento	Informes presentados	6	6	100.0%	
6	Supervisión de la Elaboración de Estudios de Vulnerabilidad	Estudios Elaborados	4	4	100.0%	
7	Supervisión y monitoreo de los Estudios de Preinversión de los Proyectos de Inversión Pública programados por Consultoría Externa en el Presupuesto de Inversiones 2015	Estudios Supervisados	16	14	87.5%	Bueno
8	Seguimiento y Control del avance físico de obras de Infraestructura Hospitalaria contratadas por ESSALUD	Obras concluidas	6	4	66.7%	Regular
9	Implementación del Plan de Trabajo del Sistema de Control Interno en el ámbito de su Gerencia Central	Informes de implementación	3	2	66.7%	
10	Formulación de Estudios de Preinversión de los Proyectos de Inversión Pública programados por Administración Directa en el Presupuesto de Inversiones 2015	Estudios Presentados	22	14	63.6%	
11	Elaboración y Monitoreo de Liquidación de Obras	Obras Liquidadas	15	7	46.7%	Malo
12	Supervisión de Estudios Definitivos a cargo de los Órganos Desconcentrados	Estudios Elaborados	7	3	42.9%	
13	Realización y Supervisión de Recepción de Obras	Obras Recepcionadas	10	4	40.0%	
14	Elaboración de Estudios Definitivos por Consultoría Externa	Estudios Elaborados	3	1	33.3%	
15	Supervisión de Estudios Definitivos por Consultor Externo	Estudios Elaborados	3	1	33.3%	
16	Identificación de los procesos críticos de la Gerencia Central a considerarse en el Plan de Continuidad Operativa de ESSALUD	Informe de Procesos críticos	1	1	0%	Sin Avance

Cuadro N° 44. *Estado Actividades Operativas Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo*

N°	Actividad aprobada en el POI Modificado	Unidad de Medida	Programado	Ejecutado	% Ejec. al 31.12.2015	ESTADO
1	Captación y difusión de la oferta de becas por instituciones internacionales (*)	Profesionales becados	28	31	110.7%	
2	Elaboración de los Reglamentos de Organización y Funciones del IETSI, CEABE, CENATE y GPT en el marco del nuevo ROF de ESSALUD	ROF formulados o actualizados	4	4	100.0%	
3	Elaboración del Diseño de Macroprocesos Misionales de EsSalud	Diseño de Macroprocesos formulados	8	8	100.0%	
4	Gestión de Convenios de Seguridad Social (*)	Informes	4	4	100.0%	
5	Gestión para la autorización e ingreso al país de las Misiones Humanitarias por cooperación internacional no reembolsable	Misiones Autorizadas	3	3	100.0%	
6	Evaluación de estudios de preinversión (EPI) elaborados por las Unidades Formuladoras (UF) y Unidad Ejecutora de ESSALUD	Informes	4	4	100.0%	
7	Seguimiento de la evaluación de estudios de preinversión de alto costo	Informes	4	4	100.0%	
8	Seguimiento y monitoreo de la fase de preinversión de los Proyectos de Inversión Pública.	Informes	4	4	100.0%	
9	Seguimiento y monitoreo de la ejecución del presupuesto de inversiones de Proyectos de Inversión y Gastos No ligados a Proyectos de Inversión.	Informes	4	4	100.0%	
10	Asistencia Técnica en la metodología del SNIP y administración del Banco de Proyectos de ESSALUD en el SNIP y su facilitación a las Unidades Formuladoras de ESSALUD.	Informe	4	4	100.0%	
11	Elaboración del Boletín anual de Prestaciones de Salud 2014	Boletines	1	1	100.0%	
12	Elaboración de Directiva del Sistema Estadístico de Salud	Normas	2	2	100.0%	
13	Elaboración del Informativo ESSALUD EN CIFRAS 2015 (cifras preliminares)	Informativo	12	12	100.0%	
14	Elaboración del Tablero de Monitoreo de la Gestión de CCAA de ESSALUD 2015 (preliminar)	Reportes	12	12	100.0%	Excelente
15	Evaluación del Plan Operativo Institucional 2015 enviado a FONAFE y Gerencia General	Informes de Evaluación	14	14	100.0%	
16	Transferencia de conocimientos y habilidades a OODD de Lima y Provincias para coadyuvar al proceso de formulación de los ROF de las Gerencias de Redes Desconcentradas y Hospitales Nacionales, en el marco del nuevo modelo organizacional de ESSALUD	Talleres realizados	2	2	100.0%	
17	Elaboración del Modelo Organizacional de la Gerencia de Red Desconcentrada	Modelos elaborados	1	1	100.0%	
18	Elaboración de los Reglamentos de Organización y Funciones de las Gerencias de Red Desconcentradas y Hospitales Nacionales en el marco del nuevo ROF de ESSALUD	ROF formulados	4	4	100.0%	
19	Elaboración del Diseño de Procesos priorizados de ESSALUD	Diseño de Procesos formulados	2	2	100.0%	
20	Elaboración de Estudio del Macro Análisis para la identificación de necesidades de inversión en ESSALUD	Estudio de necesidades de inversión elaborado	1	1	100.0%	
21	Asistencia Técnica a los Órganos Desconcentrados para la elaboración de sus Planes Directores de Inversiones	Asistencias Técnicas realizadas	2	2	100.0%	
22	Actualización de Directiva N° 010- GG-ESSALUD2014 " Normas para la Identificación, Evaluación , Registro y Priorización de Necesidades de Inversión de Essalud"	Directiva elaborada	1	1	100.0%	
23	Directiva para la Formulación de Planes Directores de Inversión en ESSALUD	Directiva elaborada	1	1	100.0%	
24	Elaboración del Informe Gerencial de las principales prestaciones de salud de las Redes Asistenciales (cifras finales)	Informes	2	2	100.0%	

N°	Actividad aprobada en el POI Modificado	Unidad de Medida	Programado	Ejecutado	% Ejec. al 31.12.2015	ESTADO
25	Desarrollo del curso taller de capacitación estadística	Cursos Talleres realizados	3	3	100.0%	
26	Elaboración del Plan Estadístico Institucional	Plan Estadístico	1	1	100.0%	
27	Elaboración de informes técnicos que faciliten la gestión del conocimiento y la toma de decisiones	Informe Técnico	3	3	100.0%	
28	Evaluación del Plan Estratégico Institucional 2012 - 2016	Informes de Evaluación	2	2	100.0%	
29	Asistencia Técnica a los OOCC para el ingreso de las actividades e iniciativas de gestión al Sistema de Gestión de Proyectos, aprobadas en el Plan Operativo Institucional 2015	Asistencias Técnicas realizadas	18	18	100.0%	
30	Informe de Rendición de cuentas de los titulares a Contraloría General de la República	Informe enviado	1	1	100.0%	
31	Implementación del Plan de Trabajo del Sistema de Control Interno en el ámbito de su Gerencia Central	Informes de implementación	3	3	100.0%	
32	Elaboración de Guías para el proceso de implementación de la Gestión por Procesos	Guía aprobada	1	1	100.0%	
33	Elaboración de Información Gerencial de Salud por Órgano Desconcentrado 2015	Reporte	1	1	100.0%	
34	Elaboración del documento técnico de evaluación de la oferta y demanda de variables e indicadores relacionados del Plan Maestro	Informe	2	2	100.0%	
35	Elaboración del estudio de casos de Análisis de Riesgos para la Gestión Institucional (Plan de trabajo, Manual de riesgos que incluye aspectos metodológicos y desarrollo de estudios técnicos de casos)	Estudio	2	2	100.0%	
36	Elaboración del Informe Técnico de características económicas, sociales y demográficas de acceso a ESSALUD y a los servicios de sus asegurados	Informe Técnico	1	1	100.0%	
37	Consolidación de la información para el Plan Maestro de ESSALUD hacia el 2021	Plan Maestro aprobado	1	1	100.0%	
38	Elaboración del Proyecto Plan Operativo Institucional Modificado 2015 aprobado por Consejo Directivo	Proyecto Plan Operativo aprobado	1	1	100.0%	
39	Elaboración de la Directiva de Programación, Formulación y Aprobación del Plan Operativo Institucional	Directiva aprobada	1	1	100.0%	Excelente
40	Elaboración del Proyecto Plan Operativo Institucional 2016 aprobado por Consejo Directivo	Proyecto Plan Operativo aprobado	1	1	100.0%	
41	Asistencia Técnica a los OOCC para la formulación de las actividades operativas e iniciativas de gestión para el Plan Operativo Institucional 2016	Asistencias Técnicas realizadas	18	18	100.0%	
42	Supervisión, monitoreo y seguimiento de las actividades e iniciativas de gestión aprobadas en el POI 2015	Informes de Supervisión	4	4	100.0%	
43	Elaboración de la Directiva para el proceso de seguimiento, monitoreo y evaluación de las actividades operativas e iniciativas de gestión aprobadas en el Plan Operativo Institucional	Directiva aprobada	1	1	100.0%	
44	Identificación de los procesos críticos de la Gerencia Central a considerarse en el Plan de Continuidad Operativa de ESSALUD	Informe de Procesos críticos	1	1	100.0%	
45	Realización del Seminario Taller de Gestión por Procesos	Taller realizado	1	1	100.0%	
46	Actualización del Mapa de Macroprocesos de EsSalud en el marco de la estrategias Institucionales	Mapa de Macroproceso de ESSALUD aprobado por GG	1	1	100.0%	
47	Realización de la Reunión Técnica Operativa para la transferencia de conocimientos sobre el SNIP del Ciclo del Proyecto y Presupuesto de Inversiones	Informe	1	1	100.0%	
48	Formulación del Plan Anual de Inversiones Institucional (PAII) 2016	Plan Anual de Inversiones 2016 formulado	1	1	100.0%	
49	Fortalecimiento de las competencias de los profesionales que integran las Unidades Formuladoras y Evaluadoras de ESSALUD	Informe	1	1	100.0%	
50	Plan Multianual de Necesidades de Inversión	Plan Multianual elaborado	1	1	100.0%	
51	Diseño y desarrollo de sistema de información de ESSALUD para evaluar y monitorear el Plan Maestro	Informe	1	1	100.0%	

N°	Actividad aprobada en el POI Modificado	Unidad de Medida	Programado	Ejecutado	% Ejec. al 31.12.2015	ESTADO
52	Elaboración del Informe Técnico de características de las prestaciones de los servicios que brinda ESSALUD a su población asegurada	Informe Técnico	1	1	100.0%	Excelente
53	Elaboración del Documento de prospección de las características demográficas, económicas y sociales de la población asegurada y de sus requerimientos de atención en términos de servicios de la salud económicos y sociales.	Documento	1	1	100.0%	
54	Elaboración del Estudio de Perfil epidemiológico de la población asegurada por redes y sus elementos condicionantes	Estudio	1	1	100.0%	
55	Elaboración de la Memoria Institucional 2014	Memoria Institucional aprobada	1	1	100.0%	
56	Elaboración del Plan Operativo Institucional Modificado 2015 ratificado por FONAFE y aprobado por Consejo Directivo	Plan Operativo aprobado	1	1	100.0%	
57	Elaboración Plan Operativo Institucional 2016 ratificado por FONAFE y aprobado por Consejo Directivo	Plan Operativo aprobado	1	1	100.0%	
58	Elaboración de los Informes de Gestión Institucional	Informe de Gestión	1	1	100.0%	
59	Evaluación del Manual de Operaciones de Unidades Operativas prestadoras	Donaciones autorizadas	1	1	100.0%	
60	Gestión para la autorización de donaciones de material médico y equipos	N° de donaciones autorizadas		3	100.0%	
61	Elaboración del Boletín Estadístico de Órganos Centrales 2015	Boletines	4	3	75.0%	Regular
62	Supervisión del Registro Estadístico en los Establecimientos de Salud	Visitas de Supervisión	11	8	72.7%	
63	Evaluación de la implementación de 15 procedimientos administrativos más representativos del Texto Único de procedimientos Administrativos (TUPA) ESSALUD	Informe de Evaluación	1	0	0.0%	Sin Avance
64	Elaboración de propuesta de mejora y rediseño de procesos priorizados de ESSALUD	Procesos priorizados mejorados y rediseñados	1	0	0.0%	

Cuadro N° 45. *Estado Actividades Operativas Gerencia Central de Logística*

N°	Actividad aprobada en el POI Modificado	Unidad de Medida	Programado	Ejecutado	% Ejec. al 31.12.2015	ESTADO
1	Formulación y Monitoreo del Plan Anual de Contrataciones (PAC) de la Institución.	PAC aprobado	1	1	475.1%	Excelente
		Procesos Logísticos Aprobados en el PAC	3000	2316		
		PAC reformulado aprobado	10	165		
		Procesos Logísticos Aprobados en el PAC reformulado	4000	2922		
2	Conciliación Patrimonial Contable del Margesí de Bienes Muebles e Inmuebles Sede Central.	Bienes (Muebles e Inmuebles) conciliados	2	4	200.0%	
3	Elaboración de Estudios de Mercado-Sede Central.	Reporte Estudios de mercado realizados	2000	2926	146.3%	
4	Mantenimiento de Instalaciones e Infraestructuras - Sede Central.	Mantenimiento de instalaciones e infraestructura de la Sede Central	50	72	144.0%	
5	Convocatoria y Adjudicación de los Procesos Logísticos.	Procesos convocados y adjudicados	200	261	130.5%	
6	Desarrollo de la Toma de Inventario de Existencias.	Existencias inventariadas en el periodo	2	2	100.0%	
7	Evaluación de Gestión Logística	Ejecución del PAC y menores cuantías	2	2	100.0%	
8	Formulación Documentaria e Implementación de la Gestión por Procesos.	Procedimientos formulados a nivel nacional	2	2	100.0%	
9	Supervisión y Control de Toma de Inventarios y Tasación de Bienes Muebles e Inmuebles - Nivel Nacional.	Bienes (Muebles e Inmuebles) inventariados	2	2	100.0%	
10	Implementación de la Cruzada por la Humanización de la Atención en Salud (Baños Limpios y Seguros)	Redes Asistenciales con Baños limpios y seguros	31	31	100.0%	
11	Disposición Final de Bienes para Baja	Reporte Bienes dados de baja	50	8	16.0%	Malo
12	Identificación de los procesos críticos de la Gerencia Central a considerarse en el Plan de Continuidad Operativa de ESSALUD	Informe de Procesos críticos	1	2	0%	Sin Avance
13	Implementación del Plan de Trabajo del Sistema de Control Interno en el ámbito de su Gerencia Central	Informes de implementación	3	0	0%	

Cuadro N° 46. *Estado Actividades Operativas Gerencia Central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversiones*

N°	Actividad aprobada en el POI Modificado	Unidad de Medida	Programado	Ejecutado	% Ejec. al 31.12.2015	ESTADO
1	Identificación de los procesos críticos de la Gerencia Central a considerarse en el Plan de Continuidad Operativa de ESSALUD	Informe de Procesos críticos	1	1	100.0%	Excelente
2	Seguimiento del proceso de promoción de proyectos de inversión priorizados por la Institución.	Informes de seguimiento de proyectos materia de encargo	4	4	100.0%	
3	Seguimiento del cumplimiento de obligaciones de los Contratos de Asociación Público Privada suscritos por ESSALUD.	Informe de seguimiento	4	4	100.0%	
4	Implementación del Plan de Trabajo del Sistema de Control Interno en el ámbito de su Gerencia Central	Informes de implementación	3	2	66.7%	Regular

Fuente: Anexo N° 6 - Evaluación Trimestral de las Actividades Operativas

ANEXO 2

Avance por Actividades Operativas desagregadas por Órgano Desconcentrado

Cuadro N° 47. *Estado Actividades Operativas IETSI*

N°	Actividad aprobada en el POI modificado	Unidad de Medida	Programado	Ejecutado	% Ejec. al 31.12.2015	ESTADO
1	Revisión rápida de la eficacia y seguridad de productos farmacéuticos y otras tecnologías sanitarias con diferentes causales.	Productos farmacéuticos/otras tecnologías revisados	15	52	346.70%	
2	Capacitación para investigadores de ESSALUD	Investigadores capacitados	15	44	293.30%	
3	Asistencia técnica para el desarrollo de evaluaciones de dispositivos médicos y otras tecnologías a los órganos de ESSALUD	Redes Asistenciales con asistencia técnica	1	2	200.00%	
4	Supervisión y monitoreo de Ensayos Clínicos de ESSALUD	Informe de supervisión de ensayos clínicos	12	12	100.00%	
5	Elaboración de documentos normativos para la evaluación de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y equipos médicos	Documento Normativo aprobado	8	8	100.00%	
6	Desarrollo de un Sistema Informático para difusión de Especificaciones Técnicas Vigentes de Dispositivos Médicos y equipos Biomédicos	Especificaciones Técnicas Difundidas	1100	1100	100.00%	
7	Revisión del estado actual de las guías de práctica clínica de ESSALUD en cantidad, tópico y calidad	Informe del Estado actual de Guías Clínicas	1	1	100.00%	
8	Priorización de condiciones a ser abordadas por guías/ algoritmos/ manuales con las Redes Asistenciales	Informe de listado de prioridades	1	1	100.00%	
9	Elaboración de algoritmos clínicos/manuales clínicos priorizados conforme a los estándares Internacionales	Algoritmos y/o manuales aprobados	6	6	100.00%	
10	Actualización de Especificaciones Técnicas de Material Médico, Odontológico y Radiológico	Especificaciones Técnicas Actualizadas	3	3	100.00%	
11	Actualización de Especificaciones Técnicas de Mobiliario Clínico	Especificaciones Técnicas Actualizadas	1	1	100.00%	
12	Elaboración de manual de especificaciones técnicas de mobiliario clínico y administrativo y de equipamiento complementario	Manual Elaborado	1	1	100.00%	Excelente
13	Curso - Taller "Clasificación de la evidencia científica y pregunta PICO"	Curso taller realizado	1	1	100.00%	
14	Curso-Taller "Evaluación de Tecnologías Sanitarias: conceptos, definiciones, herramientas y criterios a aplicar"	Curso taller realizado	1	1	100.00%	
15	Visitas inopinadas a nivel nacional para monitorear la aplicación en el uso, salida o cambio de dispositivos médicos y equipos biomédicos	Visitas Inopinadas	4	4	100.00%	
16	Auditoría de los Centros de Investigación de ESSALUD registrados y en estado activo para garantizar cumplimiento de la normatividad referente a la protección de sujetos incluidos en estudios de investigación y evaluar sus resultados en publicaciones	Informe del estado situacional de la investigación en ESSALUD	1	1	100.00%	
17	Formulación y Difusión de la Directiva de Investigación en ESSALUD	Directiva propuesta	1	1	100.00%	
18	Formulación y Difusión de la Directiva de fomento a la investigación y ejecución del fondo intangible	Directiva propuesta	1	1	100.00%	
19	Gestión del presupuesto de fondo intangible	Informe	1	1	100.00%	
20	Formulación de Estudios de investigación impulsados por ESSALUD	Protocolo de estudios clínicos presentados	2	2	100.00%	
21	Evaluación y emisión de opinión técnica sobre ensayos clínicos y estudios en humanos	Informe de evaluación de protocolo	5	5	100.00%	
22	Reunión técnica "Definición de prioridades para la realización de evaluaciones de tecnologías sanitarias en ESSALUD"	Reunión Técnica realizada	1	1	100.00%	

N°	Actividad aprobada en el POI modificado	Unidad de Medida	Programado	Ejecutado	% Ejec. al 31.12.2015	ESTADO
23	Formulación de la Directiva de desarrollo de Guías de Práctica Clínica y documentos relacionados	Directiva aprobada	1	0.75	75.00%	Regular
24	Auditoría médica de productos farmacéuticos autorizados fuera del petitorio en los establecimientos de salud a nivel nacional	Medicamento auditado	10	7	70.00%	
25	Reuniones Técnicas para la difusión de normas, guías y uso de manuales	Reuniones Técnicas	2	1	50.00%	Malo
26	Capacitación de médicos de ESSALUD en la elaboración de Guías de Práctica Clínica	Médicos capacitados	20	7	35.00%	
27	Organización del Premio Kaelin	Proyecto de investigación premiado	10	3	30.00%	
28	Implementación de Comités Locales de Dispositivos Médicos y equipos Biomédicos	Comités Implementados Activos	30	0	0.00%	Sin avance
29	Elaboración de la Guía de uso racional de Equipos Biomédicos de Alta Tecnología de acuerdo a necesidades	Guía Elaborada	1	0	0.00%	

Cuadro N° 48. *Estado Actividades Operativas CEABE*

N°	Actividad aprobada en el POI modificado	Unidad de Medida	Programado	Ejecutado	% Ejec. al 31.12.2015	ESTADO
1	Programación y Abastecimiento de Bienes Estratégicos, Compra Corporativa de Medicamento para el 2016	Procesos convocados	5	56	1120.0%	Excelente
2	Reunión de Asistencia Técnica a Nivel Estimación para la determinación de Necesidades de Bienes Estratégicos para el 2016	Asistentes del ámbito nacional	70	340	485.7%	
3	Modificación de Contratos de Procesos de Selección (Bienes Estratégicos)	Adendas elaboradas	60	119	198.9%	
4	Supervisión y Monitoreo a las Redes Asistenciales, para medir el Abastecimiento	Reportes de Monitoreo (SAP R/3)	48	50	152.1%	
		Acta de Compromiso suscritas con Redes Asistenciales	6	12		
5	Reformulación y Actualización de Directivas	Directivas modificadas y aprobadas	4	4	100.0%	
6	Determinación y Estimación de Necesidades de Bienes Estratégicos para el 2016	Cuadros de Necesidades por Rubros Estratégicos	2	2	100.0%	
7	Redistribución, abastecimiento y programación de Bienes Estratégicos	Reporte de Avance de Redistribución, abastecimiento de Bienes Estratégicos	1	1	100.0%	
8	Bienes Estratégicos próximos a vencer	Reporte de bienes estratégicos (Ítems) por vencer	6	4	66.7%	Regular

Cuadro N° 49. *Estado Actividades Operativas CENATE*

N°	Actividad aprobada en el POI modificado	Unidad de Medida	Programado	Ejecutado	% Ejec. al 31.12.2015	ESTADO
1	Implementación del servicio de Tele consulta Online	N° de Establecimientos de Salud con servicios de teleconsulta online implementados	6	6	100.0%	Excelente
2	Implementación del servicio de Tele Radiología	N° de Establecimientos de Salud con servicios de teleradiología implementados	7	7	100.0%	
3	Implementación del servicio de Tele Serums	N° de Establecimientos de Salud con servicios de teleserums implementados	30	30	100.0%	

ANEXO 3
Avance de Iniciativas desagregadas por Órgano Central







Cuadro N° 50. *Estado Iniciativas Gerencia Central de Atención al Asegurado*

N°	Iniciativa	Índice Plazo actual	%	ESTADO	SIN EJECUTAR
1	Implementación de la Cruzada por la Humanización de la Atención en Salud-Círculos	**0.705**	1 Iniciativa 50%	**Regular**	
2	Fortalecimiento de los Equipos de Gestión de las Redes desconcentradas en la Gestión del Sis	**0.482**	1 Iniciativa 50%	**Malo**	

Cuadro N° 51. *Estado Iniciativas Gerencia Central de Gestión Financiera*

N°	Iniciativa	Índice Plazo actual	%	ESTADO	SIN EJECUTAR
1	Fortalecimiento de la administración de recursos financieros como resultado de la implementación	0.350	**4 Iniciativas 100%**	**Malo**	
2	Implementación del Sistema de Costos Integrado de ESSALUD a nivel de Establecimientos.	0.193			
3	Incremento de los canales de comunicación con los deudores Tercer. y Morosos en Lima y Callao	0.120			
4	Implementación de la Gestión Presupuestal por Resultados en las Redes Asistenciales (II Etapa)	0.110			

Cuadro N° 52. *Estado Iniciativas Gerencia Central de la Persona Adulto Mayor y Persona con Discapacidad*

N°	Iniciativa	Índice Plazo actual	%	ESTADO	SIN EJECUTAR
1	Implementación del Proyecto de Mercadeo Social	**0.963**	4 Iniciativas 57.1%	**Excelente**	-
2	Fortalecimiento de los Programas de la Cartera de Serv. Gerontoló. que se aplic. en los CAM y CIRAM	**0.943**			
3	Implementación del Plan Nacional de Prestaciones Sociales para otros grupos vulnerables: Niños y Adolescentes	**0.940**			
4	Implementación del Plan Nacional ESSALUD Accesible e Inclusivo de las personas con discapacidad	**0.940**			
5	Implementación de Proyec. piloto de Modelo de Gest. Integ. e Inclus. para mejorar la atención de la PAV	**0.895**	3 Iniciativas 42.9%	**Bueno**	
6	Estudios de investigación para poblaciones vulnerables (PRESUP 2016 S/ 231,000)	**0.875**			
7	Fortale.de Cartera de Serv. de Rehabi. Profe.y Soc.de CERP y MBRP (PRESUP 2016 S/ 182,700)	**0.788**			

Cuadro N° 53. *Estado Iniciativas Gerencia Central de Operaciones*

N°	Iniciativa	Índice Plazo actual	%	ESTADO	SIN EJECUTAR
1	Fortalec.de apoyo descentr. de los serv. (consulta extern,proce. y lista de espera quirúrgica	1.000	4 Iniciativas 40%	Excelente	-
2	Fortalecimiento del Sistema de Procura y Trasplante en ESSALUD	1.000			
3	Fortal. de la atención integral de la salud promov. el modelo de atención integral	1.000			
4	Fortalecimiento del Sistema de Referencias y Contrarreferencias	1.000			
5	Implement. del Progr. de Aliment. y Nutrición Saludable en las Redes Asistenciales	0.840	3 Iniciativas 30%	Bueno	
6	Superv. a las Redes Asistenciales para evaluar el cumplimiento de la Cartera de Serv. P.O.	0.800			
7	Implementación de Estrategias de Prevención y Control de la Tuberculosis	0.796			
8	Fortalecemiento del Programa de Salud Sexual y Reproductiva	0.700	3 Iniciativas 30%	Regular	
9	Implementación del Centro de Información de Operaciones	0.680			
10	Mejoramiento de los Procesos de Gestión y Atención Asistencial de los EE.SS	0.675			

Cuadro N° 54. *Estado Iniciativas Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo*

N°	Iniciativa	Índice Plazo actual	%	ESTADO	SIN EJECUTAR
1	Encuesta Nacional Socioeconómica y de acceso a las Salud de los asegurados (Etapa 3)	1.000	2 Iniciativas 100%	Excelente	-
2	Transferencia de conocimient. y Destrez. de Planeamiento a los órganos de la Institución para POI 2016	1.000			

Cuadro N° 55. *Estado Iniciativas Gerencia Central de Prestaciones de Salud*

N°	Iniciativa	Índice Plazo actual	%	ESTADO	SIN EJECUTAR
1	Desarrollo de Protocolos de Investigación en Medicina Complementaria	1.000	6 Iniciativas 42.3%	Excelente	-
2	Implementación de acciones para mejorar las cobert. de protec. con vac. y consol. la aplicación del Módulo de Inmunizaciones	1.000			
3	Implement. de acciones para fortalecer el acceso y la calidad del Programa de Crecimiento y Desarrollo	1.000			
4	Actualización del Sistema de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria Instit.	1.000			
5	Elaboración del Modelo de gestión del parto vertical bajo el enfoque de interculturalidad	0.960			
6	Brindar Asistencia Técnica para implantar la directiva de Salud Mental en el I nivel de atención	0.910			
7	Implementación de 05 campañas para la Cruzada por la Humanización de la Atención en Salud	0.808	2 Iniciativas 14.3%	Bueno	
8	Fortalecimiento de Medicina Complementaria	0.800			
9	Brindar asistencia técnica para implantar el Plan de Atención Integral de la Persona con Discapacidad	0.745	2 Iniciativas 14.3%	Regular	
10	Programa Reforma de Vida Renovada	0.710			
11	Actualización de Regist. Hospit.de Cáncer hasta el año 2014 y Asistencia Técnica a 6 redes oncológicas	0.575	4 Iniciativas 28.6%	Malo	
12	Elaboración del modelo de gestión en Salud Ambiental en los Establecimientos de Salud	0.550			
13	Fortalecimiento de la seguridad y salud en el trabajo a nivel institucional	0.375			
14	Fortalecimiento de los Servicios de Emergencia (EMG) y UCI e UCIN.	0.322			

Cuadro N° 56. *Estado Iniciativas Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas*

N°	Iniciativa	Índice Plazo actual	%	ESTADO	SIN EJECUTAR
1	Automatización del proceso del Pago del Subsidio de Lactancia	1.000	4 Iniciativas 57.1%	Excelente	-
2	Implementación del Nuevo Esquema de Transferencia de Información entre EsSalud-SUNAT.	1.000			
3	Desarrollo del Estudio Financiero Actuarial del Seguro Regular, Seguro Agrario y Seguro Independiente	0.985			
4	Implementación de un Sistema de Verificación Biométrica por Huella Dactilar.	0.943			
5	Implementación del Sist de Inform Integrado para Estudios Actuariales y Gestión de Riesgos	0.890	2 Iniciativas 28.6%	Bueno	
6	Mejora, rediseño y mantenimiento del Sistema de Aseguramiento SAS (II Etapa).	0.765			
7	Sistematización del Proceso de Back Office del Otorgamiento de Prestaciones Económicas	0.400	1 Iniciativa 14.3%	Malo	

Cuadro N° 57. *Estado Iniciativas Oficina de Gestión de la Calidad*

N°	Iniciativa	Índice Plazo actual	%	ESTADO	SIN EJECUTAR
1	Implementación del Plan de Gestión de la Calidad 2015-2016 en el marco de la nueva estructura	0.990	1 Iniciativa 100%	Excelente	

Cuadro N° 58. *Estado Iniciativas Secretaría General*

N°	Iniciativa	Índice Plazo actual	%	ESTADO	SIN EJECUTAR
1	Implementación de la Cruzada por la Humanización de la Atención en Salud.	1.000	1 Iniciativa 50%	Excelente	
2	Implementación del Modelo de Buen Gobierno Corporativo en ESSALUD.	0.938	1 Iniciativa 50%	Bueno	

Cuadro N° 59. *Estado Iniciativas Gerencia Central de Proyectos de Inversión*

N°	Iniciativa	Índice Plazo actual	%	ESTADO	SIN EJECUTAR
1	Estudios de Ecoeficiencia en Hospitales Existentes	0.638	1 Iniciativa 50%	Regular	
2	Evaluación de Plantas de Tratamiento de Agua de Hemodiálisis	0.000	1 Iniciativa 50%	Malo	1 Iniciativa 50%

Cuadro N° 60. *Estado Iniciativas Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones*

N°	Iniciativa	Índice Plazo actual	%	ESTADO	SIN EJECUTAR
1	Migración de la versión 4.0b a la versión SAP ECC 6.0 - (Etapa I)	**0.210**	1 Iniciativa 50%	**Regular**	
2	Desarrollo del Módulo de Gestión de Recursos Humanos - Nómina(SAP) - (Etapa I)	**0.000**	1 Iniciativa 50%	**Malo**	1 Iniciativa 50%

Cuadro N° 61. *Estado Iniciativas Gerencia Central de Logística*

N°	Iniciativa	Índice Plazo actual	%	ESTADO	SIN EJECUTAR
1	Ordenamiento físico del archivo periférico de documentos de la GCL (I Etapa)	**1.000**	2 Iniciativas 100%	**Excelente**	
2	Actualiz.de mód. que sustentan la Gest. Logíst. en la implem.de recomend. de contr. inter.	**1.000**			

Gerencia de Planeamiento Corporativo-GCPD V°B° V. REYNA Gerente ESSALUD

V°B° Econ. A. Verástegui SubGerente ESSALUD

GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y DESARROLLO V°B° Ing. A. ROJAS ESSALUD

ANEXO 4

Avance de Iniciativas desagregadas por Órgano Desconcentrado



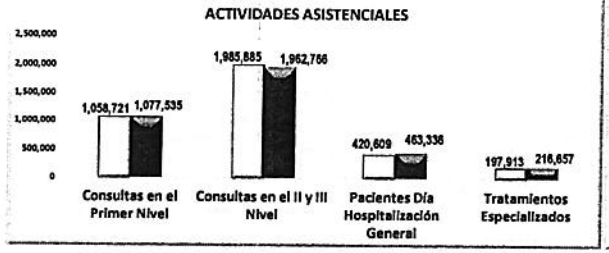


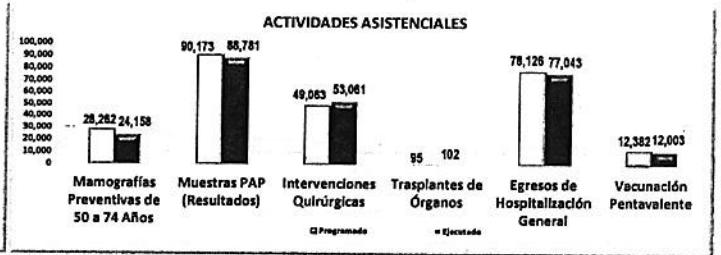


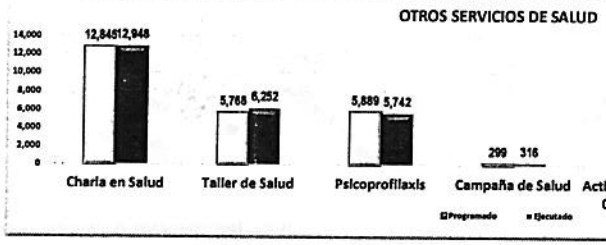
Evaluación del Plan Operativo Institucional 2015 - Desagregado
Red Asistencial ALMENARA

ACTIVIDADES OPERATIVAS - ASISTENCIALES

	PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD	UNIDAD DE MEDIDA	Al IV Trimestre		Cumplimiento %
			Programado	Ejecutado	
1	Consultas en el Primer Nivel	Consultas	1,058,721	1,077,535	102%
2	Consultas en el II y III Nivel	Consultas	1,985,885	1,962,766	99%
3	Pacientes Día Hospitalización General	Paciente día	420,609	463,336	110%
4	Tratamientos Especializados	Tratamientos Especializados	197,913	216,657	109%
5	Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años	Mamografías preventivas con resultado	28,262	24,158	85%
6	Muestras PAP (Resultados)	Exámenes PAP con resultado	90,173	88,781	98%
7	Intervenciones Quirúrgicas	Intervenciones Quirúrgicas	49,063	53,061	108%
8	Trasplantes de Órganos	Trasplantes	95	102	107%
9	Egresos de Hospitalización General	Egresos	78,126	77,043	99%
10	Vacunación Pentavalente	Vacunas (3ª dosis)	12,382	12,003	97%
11	Otros servicios de Salud				
11.1	Charla en Salud	Charlas	12,845	12,948	101%
11.2	Taller de Salud	Sesiones	5,768	6,252	108%
11.3	Psicoprofilaxis	Sesiones	5,889	5,742	98%
11.4	Campaña de Salud	Campañas	299	316	106%
11.5	Actividad Masiva de Comunicación	Eventos	118	129	109%
11.6	Visita Domiciliaria	Visitas	6,893	6,678	97%
11.7	Reforma de Vida	Sesiones	1,735	1,835	106%







Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel del 100% son: Consulta en el PN (102%), Consulta del II y II Nivel (100%), Pac. día Hospitalización Gral. (110%), Tratam. Especializados (109%), Interv. Qx. (108%) y Tx. de Órganos (107%). Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel de avance por debajo del 95% son las referidas a: Mamografías Preventivas de 50 a 74 (85%).

De las 07 Activ. denominadas Otros Servicios de Salud, cinco (05) muestran un avance del >=100% y dos (02) se encuentran con un nivel de avance > 95% siendo estas: psicoprofilaxis (98%) y visita domiciliaria (97%).

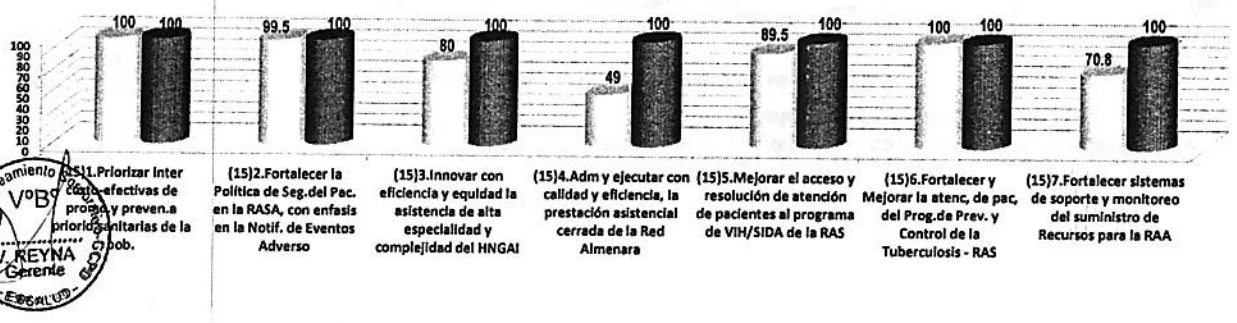
INICIATIVA DE GESTIÓN	AVANCE POI - 2015				BUENO			Hitos ejecutados				
Actividades	Responsable	Fec. Ini. ReProg	Fec. Fin ReProg	Valor %	Valor ganado	Valor planeado	Indice Perfor mance	Nº HITOS	SI (100%)	NO (0 %)	AVANCE	Cumplimiento %
(15)1.Priorizar inter costo-efectivas de promo.y preven.a priorid.sanitarias de la pob.	Antenor Milla	01-mar	31-dic	100	100	100	1	6	6	0	0	100.00%
(15)2.Fortalecer la Politica de Seg.del Pac. en la RASA, con enfasis en la Notif. de Eventos Adverso	Gina Concha	01-ene	31-dic	100	99.5	100	0.995	7	6	0	1	85.71%
(15)3.Innovar con eficiencia y equidad la asistencia de alta especialidad y complejidad del HNGAI	Ana Pareja	01-jun	31-dic	100	80	100	0.8	5	4	1	0	80.00%
(15)4.Adm y ejecutar con calidad y eficiencia, la prestación asistencial cerrada de la Red Almenara	Rosa Rastegui	01-jun	31-dic	100	49	100	0.49	6	3	1	2	50.00%
(15)5.Mejorar el acceso y resolución de atención de pacientes al programa de VIH/SIDA de la RAS	Antenor Milla	01-mar	31-dic	100	89.5	100	0.895	10	9	0	1	90.00%
(15)6.Fortalecer y Mejorar la atenc, de pac, del Prog.de Prev. y Control de la Tuberculosis - RAS	Antenor Milla	01-mar	31-dic	100	100	100	1	7	7	0	0	100.00%
(15)7.Fortalecer sistemas de soporte y monitoreo del suministro de Recursos para la RAA	Antenor Milla	01-may	31-dic	100	70.8	100	0.708	6	3	1	2	50.00%
Iniciativa de Gestión		01-ene	31-dic	100	84.11	100.00	0.8411	47	38	3	6	80.85%

Se han constituido los Comités: 1) Comité Técnico Asesor del HNGAI para la Prevención y Control de la TBC (Res.196-G-RAA-EsSalud-2015), 2) Comité de ITS-VIH/SIDA (Res. 215-G-RAA-EsSalud-2015), 3)Comité de Seguridad del Paciente de la RAA (Res. 241-G-RAA-2015), 4) Comité de Soporte y Monitoreo del Suministro de Recursos RAA (Res. 1144-G-RAA-2015), 5) Comité de Optimización del Uso de las Salas de Operaciones del HNGAI de la RAA (Res. 526-G-RAA-2015), 6) Comité del Plan de Atención Integral de Cáncer del HNGAI de la RAA (Res. 1081-G-RAA-2015), con cronograma de campañas a realizar de Cáncer de Mama y Hematológico, Colon y Estomago, Cuello Uterino y 7) Comité de Fortalecimiento del Programa Familiar Acompañante en la RAA (Res. 248-G-RAA-2015), cumpliendo con la elaboración de sus respectivos planes de trabajo.

Se cuenta con el Plan de Mejora de la Cadena de Suministros de Bienes y Servicios en la Red Asistencial: Se han elaboró un proceso de implementación de sistema que sigue la secuencia de todos los pasos del expediente de requerimiento desde el usuario hasta su adquisición

La Unidad de Estadística de la RAS Almenara, determinó la Línea Basal de variables para cálculo de rendimiento de Sala Quirúrgica y propuesta de mejora.
Se elaboró el "Diagnóstico Situacional 2014 de abastecimiento y propuesta de mejora del Proceso Logístico en la RAS", informando que se llevó a cabo 231 procesos de selección por un monto de S/. 195 922,014.76 Nuevos Soles

Mediante Carta 815-OCPYAP, se informa sobre el Plan de Fortalecimiento del Programa de Tuberculosis.
Carta 114-GRDA-ESSALUD-16 informan haber implementado el Plan de Fortalecimiento del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis, en los EESS. Se logró identificar 42,475 sintomático respiratorio logrando un 97.9% de la meta planificada.
Mediante Carta 277-GRDA-2015, se informó: Paciente tamizado 112.8%,Gestante tamizado VIH 67.7%,PAc. TBC Tamizado VIH 79.1%, Paciente ITS tamizado VIH 49%.





Patron de Comportamiento de los Indicadores del POI - FONAFE de la Red Asistencial ALMENARA

1. Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva del I Nivel de Atención	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Ratio	0.51	0.53

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

2. Diferimiento de Citas Consulta Externa pacientes referidos del I al III Nivel	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	15	15

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

3. Promedio de Permanencia en Hospitalización General	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	5.66	5.66

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

4. Porcentaje de Pacientes en Sala de Observación < = 24 Horas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Porcentaje (%)	79.19%	79.19%

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

5. Tiempo de Espera de Intervención Quirúrgica	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	45	45

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

6. Cobertura de Tamizaje de Cancer de Cuello Uterino	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	25.80%	20.46%

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

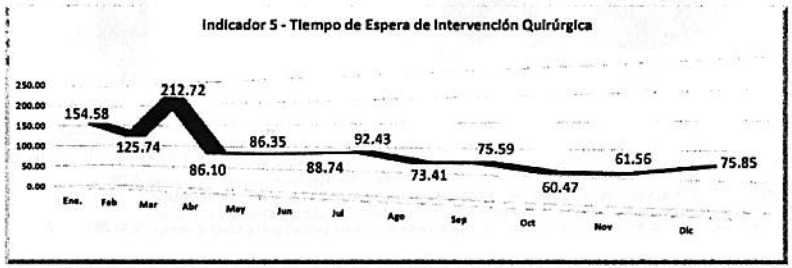
7. Cobertura de Tamizaje de Mamografías Preventivas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	20.14%	18.58%

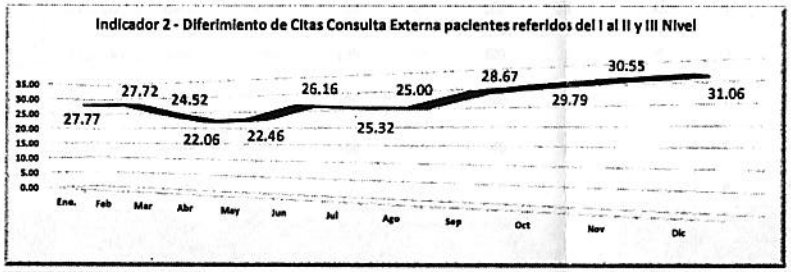
Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

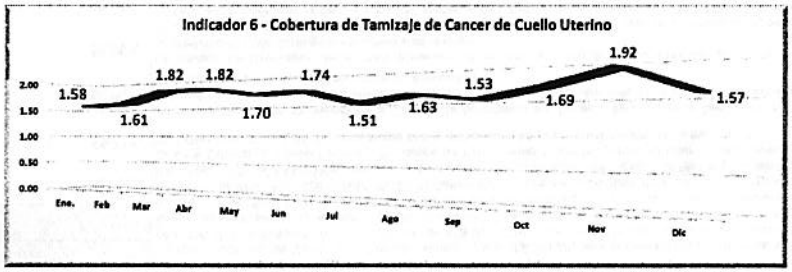
8. Cobertura de Vacunación Pentavalente (3era dosis)	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	80.00%	51.21%

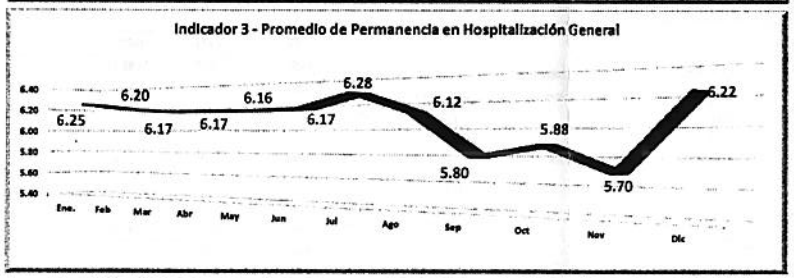
Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

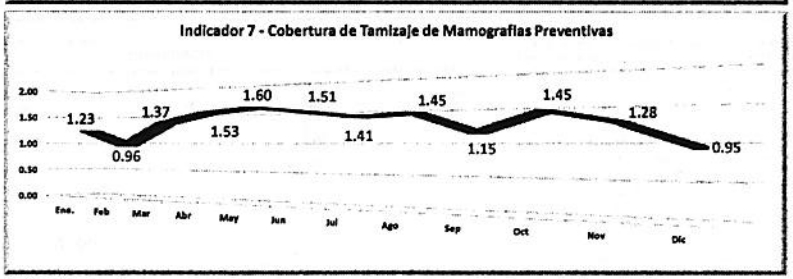


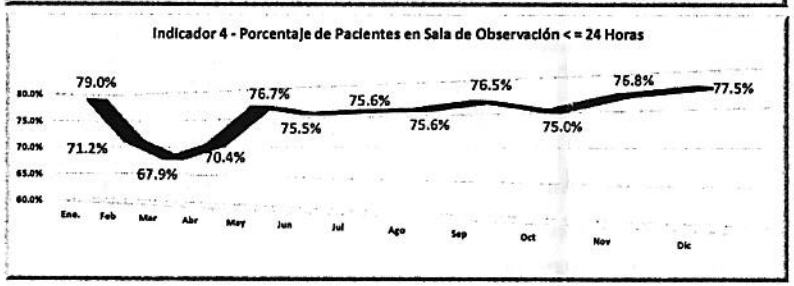


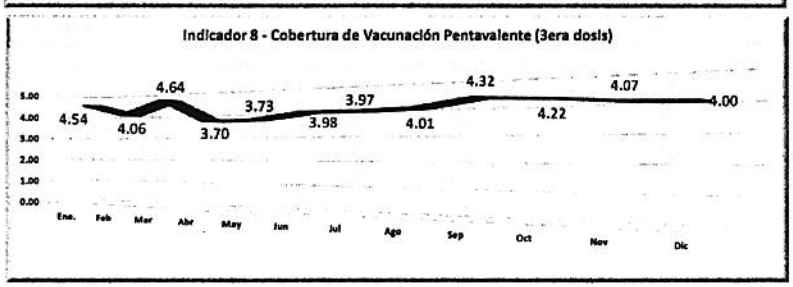






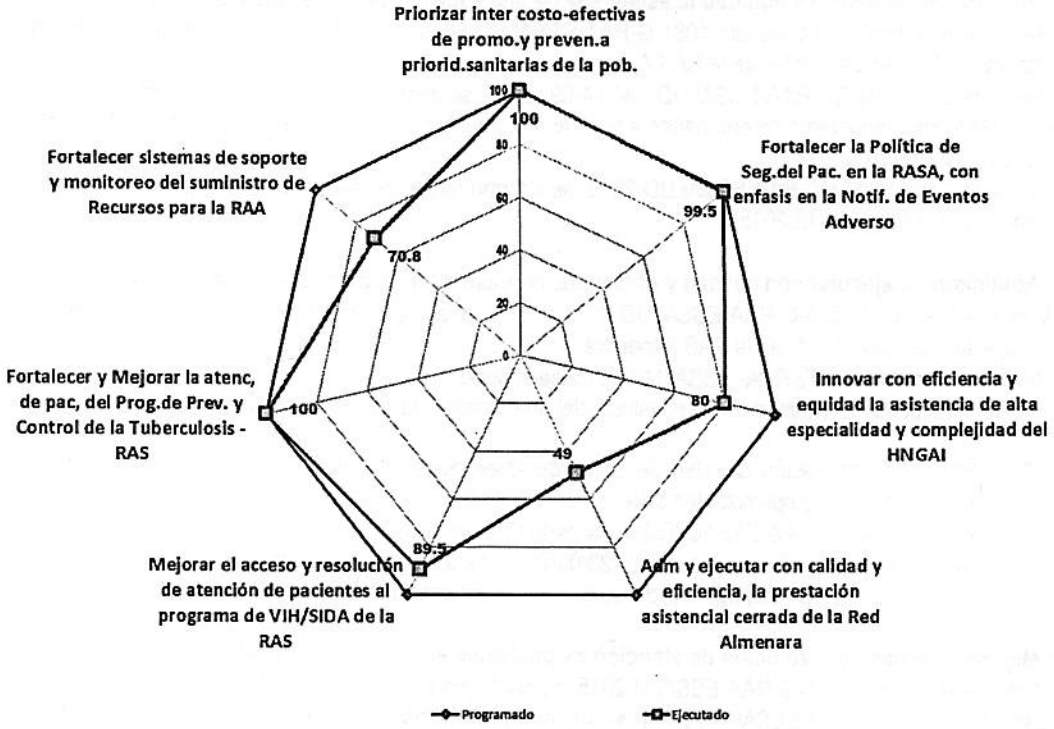






Red Asistencial ALMENARA

Actividades Desarrolladas para el cumplimiento de la Iniciativas de Gestión



Para: Priorizar inter costo-efectivas de promoción y prevención a prioridades sanitarias de la población

- Mediante Resolución 246-G-RAA-ESSALUD-2015 se conforma el Comité de Fortalecimiento del Programa Familiar Acompañante en la RAA.
- Mediante Carta N 867-OCPYAP, se remite Plan de Trabajo para el Fortalecimiento del Programa Familiar Acompañante en los Establecimientos de Salud en la RAA
- Mediante Carta 113-GDRA-ESSALUD-2016, se informa:
  - ✓ La implementación Plan de Fortalecimiento del Programa Familiar Acompañante en los EESS HNGAI Almenara, H III Grau, H II Vitarte, H II Castilla, H II IPRESS HC San Juan de Dios, H I Voto Bernales, H II San Isidro Labrador y H I Diaz Ufano de la RAS Almenara
  - ✓ La Sensibilización y culminado la capacitación.
  - ✓ Se elaboró el informe del monitoreo de los EESS.
- El H III Emergencia Grau, inicio el año 2015 captando 782 pacientes, según perfil 282 (36%) hombres y 500 (64%) mujeres, de esa población 376 (48%) tiene de 81 a más años y 333 (43%) de 61 a 80 años. Luego de la valorización con el índice d KATZ se evidencia que 511 (nivel G) son dependientes de todas sus funciones y 63 (nivel F) cuentan con dependencia de alguna función (excepción: Baño, vestido, uso del retrete y movilidad) y 171 (nivel H) son dependientes de al menos dos funciones. Durante el desarrollo del programa se identificaron 24 reingresos, respecto a la satisfacción los 741 familiares captados se sienten satisfechos de la capacitación efectuada (2,680 sesiones y 3500 actividades educativas) y actividades grupales realizadas (812 talleres demostrativos (EG1), 794 Charlas de proceso de envejecimiento (EG2) y 794 Charlas Síndrome Geriátricos).

Para: Fortalecer la Política de Seguridad del Paciente en la RAS Almenara, con énfasis en la Notificación de Eventos Adversos

- Mediante Resolución de Gerencia 241-G-RAA-ESSALUD-2015, se conforma el Comité de Seguridad del Paciente de la RAS Almenara.
- Mediante Carta 113-OGCYCI-G-RAA-ESSALUD-2015, se remite el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente

2015 en el HNGAI con énfasis en la notificación de eventos adversos

- Mediante Carta 16-OGCYCI-2016, se informa los eventos de capacitación y sensibilización para la implementación en los EESS: HNGAI, H III Grau, H II Vitarte, H II Castilla, H II San Isidro Labrador y H I Voto Bernales.

Para: Innovar con eficiencia y equidad la asistencia de alta especialidad y complejidad del HNGAI

- Mediante Resolución de Gerencia 1081-G-RAA-ESSALUD-2015, se conformó el Comité del Plan de Atención Integral de Cáncer del HNGAI de la RAS Almenara
- Mediante Carta 394-GC-RAA-ESSALUD, del 14-09- 2015, se informa del Plan Anual Atención Integral Cáncer en la RAA con cronograma de campañas a realizar (Ca. de Mama y Hematológico, Ca. Colon y Ca. Estómago, Ca. Cuello Uterino)
- Mediante Carta N°07-GC-RAA-ESSALUD-2016, se informó haber cumplido con la Campaña de Prevención de Cáncer de Próstata (19-12-2015).

Para: Administrar y ejecutar con calidad y eficiencia, la prestación asistencial cerrada de la Red Almenara

- Mediante Resolución 526-G-RAA-ESSALUD-2015 se conforma el Comité de Optimización del Uso de las Salas de Operaciones del HNGAI de la RAS Almenara
- Mediante Carta N 447-GQ-RAA- ESSALUD-2015, se informó:
  - ✓ La línea basal determinada para el cálculo del rendimiento, determinada por la Unidad de Estadística de la RAA
  - ✓ El Plan de Optimización del Uso de Salas de Operaciones del HNGAI la misma que busca elevar el número de cirugías y optimizar las sala
- Mediante Carta 599-GQ-RAA-ESSALUD-2015 y carta Circular 73-GQ-RAA-ESSALUD-2015, se informa:
  - ✓ De los acuerdos tomados en la reunión (23/09/2015) para mejorar la lista de espera Qx. de Otorrinología
  - ✓ Monitoreo que permite mejorar el proceso de evaluación pre quirúrgico de los pacientes.

Para: Mejorar el acceso y resolución de atención de pacientes al programa de VIH/SIDA de la RAS

- Mediante Resolución 215-G-RAA-ESSALU-2015, se conforma el Comité de ITS-VIH/SIDA, así como mediante Carta 1319-OCPYP-RAA-ESSALUD-2015, se informa la conformación de los Comités de los EESS de la RAS Almenara.
- Mediante Carta 1319-OCPYP-RAA-ESSALUD-2015, se remite el Plan de Trabajo para el Fortalecimiento y Mejoramiento de las Estrategias Sanitarias de ITS VIH/SIDA en los EESS de la RAS Almenara.
- Mediante Carta 112-GRDA-ESSALUD-2016, se informa sobre la implementación del Plan de Fortalecimiento del Programa de Prevención y Control del VIH SIDA, en los EESS de la RAS Almenara.
- Mediante Carta 1795-OCPYAP, se solicita el Servicio de Análisis Clínicos de Carga Viral, CD4 y Wester Blot para los pacientes del Programa de ITS VIH/SIDA que ascendió a S/.76,540
- Mediante Carta 46-GDRA-ESSALUD-2015, se informa haber realizado el despistaje a trabajadores en empresa.
- Mediante Carta 277-GRDA-2015, se informó las acciones realizadas el Día Mundial de Lucha Contra el SIDA, en cumplimiento al Plan Comunicacional por el Día Mundial de lucha contra el SIDA (Paciente tamizado 112.8%,Gestante tamizado VIH 67.7%,PAc. TBC Tamizado VIH 79.1%, Paciente ITS tamizado VIH 49%).
- La iniciativa media 04 indicadores:
  - ✓ Ind.1: Incrementar el tamizaje de VIH en población al 10% en todos los EESS,
  - ✓ Ind.2: Incrementar el tamizaje de VIH en las gestantes al 100% en todos los EESS,
  - ✓ Ind.3: Incrementar el tamizaje de VIH en pacientes con Tuberculosis 100% en todos los EESS,
  - ✓ Ind.4: Incrementar el tamizaje de VIH en pacientes con ITS al 50% en todos los EESS, siendo el resultado:

Indicadores	Programación 2015	Ejecución	%
Indicador 1	18792	21203	113%
Indicador 2	16000	10844	68%
Indicador 3	1600	1266	79%
Indicador 4	1000	490	49%

Para: Fortalecer y Mejorar la atención de paciente del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis - RAS

- Mediante Resolución 196-G-RAA-ESSALUD-2016, se conformó el Comité Técnico Asesor del HNGAI para la

Red Asistencial ALMENARA

Prevención y Control de la TBC.

- Mediante Carta 815-OCPYAP, se informa sobre el Plan de Fortalecimiento del Programa de Tuberculosis.
- Carta 114-GRDA-ESSALUD-16 informan haber implementado el Plan de Fortalecimiento del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis, en los EESS. Se logró:

Indicadores	Programación 2015	Ejecución	%
N° de pacientes Sintomático respiratorio identificado sobre la línea basal del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis	43384	42475	98%

- Mediante Carta 1320-OCPYAP-RAA-ESSALUD-2015, se informa sobre la participación en el Día Mundial de Lucha Contra la Tuberculosis (24-03-2015)
- Se aprobó el "Plan de Control de Infecciones por Tuberculosis 2016-2017" de H III Emergencia Grau.

Para: Fortalecer sistemas de soporte y monitoreo del suministro de Recursos para la RAA

- Mediante Resolución de Gerencia N° 1144-G-RAA-ESSALUD-2015, se conformó el Comité de Soporte y Monitoreo del Suministro de Recursos RAA.
- Mediante Carta 2050-OADM-RAA-ESSALUD-2015:
  - ✓ Se remitió el diagnostico situacional de abastecimiento 2014, informando que se llevó a cabo 231 procesos de selección por un monto de S/. 195'922,014.76 Soles
  - ✓ Se informó sobre la elaboración de un proceso de implementación de sistema que sigue la secuencia de todos los pasos del expediente de requerimiento desde el usuario hasta adquisición.
- Mediante Carta 2607-OADM-RAA-ESSALUD-2015, se informó:
  - ✓ Sobre el monitoreo de material médico y medicamentos en stock. Así mismo manifestó que el Sistema cargara la información de órdenes de compra y fechas de vencimiento.
  - ✓ El PAC tiene una ejecución del 40%, el retraso se debe a la obtención de recursos financieros y los comités lo que origino retraso porque tuvieron que volver a realizar los estudios de mercado.

Gestión de la RAS

En el mes de Enero

- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Medica del H II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador, H I Jorge Voto Bernales, CAP III El Agustino, de la RAS Almenara
- ✓ Se reconformó el Equipo de Procesos que se encarguen de la Implementación de la Gestión Pro-Procesos elaborar el Mapa de Procesos y el Manual de Procesos y Procedimientos - MPP de la RAS Almenara
- ✓ Se reconformó el Comité Farmacológico de la RAS Almenara
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Medica Odontológica del H II Vitarte de la RAS Almenara
- ✓ Se conformó el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo del HII Clínica Geriátrica San Isidro Labrador de la RAS Almenara 2015 - 2016
- ✓ Se designó a los profesionales de la Salud como Médicos de Control de la Oficina de Gestión de Incapacidad Temporal CEVIT de la RAS Almenara
- ✓ Se conformó el Comité de Evaluación de CITT del CAP III Huaycan de la RAS Almenara
- ✓ Se conformó el Comité de Ética en Investigación de la RAS Almenara

En el mes de Febrero

- ✓ Se reconformó el Sub - Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Se conformó el Comité Medica Calificadora de Incapacidades Ley N°26790 del HNGAI
- ✓ Se conformó el Comité de Reforma de Vida
- ✓ Se conformó el Comité Médicos de Auditoria de Incapacidades - COMAI del HNGAI
- ✓ Se conformó el Comité Técnico de Acuerdos y Compromisos de Gestión 2015
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Medica 2015 del H II Ramón Castilla
- ✓ Se conformó el Comité de VIH del HNGAI
- ✓ Se conformó el Comité de Referencias y Contrarreferencias - 2015 del H II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador - HIICGSIL
- ✓ Se conformó el Comité de Seguridad del Paciente de la RAS Almenara
- ✓ Se reconformó el Comité Farmacológico de la RAS Almenara
- ✓ Se conformó el Comité de Fortalecimiento del Programa Familiar Acompañante de la RAS Almenara

Gerencia de Planeamiento Corporativo-G-CPD V°B° V. REYNA Gerente ESSALUD

GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y DESARROLLO V°B° Ing. A. ROJAS ESSALUD

CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN-GCPD V°B° Econ. A. Verástegui SubGerente ESSALUD

Red Asistencial ALMENARA

En el mes de Marzo

- ✓ Se designó al Médico de Control CITT del CAP III Independencia
- ✓ Se aprobó el Comité de Gestión - 2015 del Policlínico Francisco Pizarro
- ✓ Se conformó el Comité de Ética en Investigación de la RAS Almenara
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Odontológica del CAP III Alfredo Piazza Roberts
- ✓ Se aprobó el Comité de Reforma de Vida Renovada – 2015, del H I Aurelio Díaz Ufano
- ✓ Se aprobó el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo del CAP III Huaycan
- ✓ Se aprobó el Comité de Auditoria Medica y Odontológica de la Clínica Geriátrica Ancije
- ✓ Se conformó el Comité Farmacológico del CAP III Huaycan
- ✓ Se conformó el Comité de Seguridad y Defensa ahora denominado Equipo de Trabajo de gestión de Riesgos y Brigadas de Emergencia
- ✓ Se conformó el Comité Técnico Asesor del HNGAI – 2015, del Programa de Control de TBC consultorio de TBC, con la finalidad de prevenir y controlar la tuberculosis en la RAS Almenara
- ✓ Se conformó el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo – 2015, del Policlínico Francisco Pizarro de la RAS Almenara
- ✓ Se conformó el Comité Hospitalario – 2015, del H I Aurelio Díaz Ufano de la RAS Almenara

En el mes de Abril

- ✓ Se conformó el Comité de Manejo de Tumores Oculares - 2015 del HNGAI de la RAS Almenara
- ✓ Se reconformó la Comisión ad hoc de la Oficina de Coordinación de Prestaciones y Atención Primaria de la RAS Almenara
- ✓ Se aprobó el Funcionamiento en el HNGAI el Centro de Investigación Neumológicas de la RAS Almenara
- ✓ Se conformó el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo del H I Jorge Voto Bernales
- ✓ Se conformó el Comité de Referencia y Contrarreferencia – 2015, del H I Aurelio Díaz Ufano y Peral, del CAP III Huaycan, CAP III Alfredo Piazza Roberts de la RAS Almenara
- ✓ Se reconformó el Comité de Implante Coclear del HNGAI de la RAS Almenara de la RAS Almenara
- ✓ Se aprobó el Manual de Calidad del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre del HNGAI de la RAS Almenara
- ✓ Se conformó el Comité del Programa ITS-VIH/SIDA del Policlínico Chosica de la RAS Almenara

En el mes de Mayo

- ✓ Se constituyó la Comisión Medica Calificadora de Incapacidades(COMECI) Ley N° 26790 del HNGAI
- ✓ Se conformó: el Comité de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias, el Comité de Seguridad del Paciente – 2015, del HNGAI de la RAS Almenara
- ✓ Se conformó el Comité de Optimización del Uso de las Salas de Operaciones del HNGAI de la RAS Almenara
- ✓ Se aprobó el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente 2015 del HNGAI de la RAS Almenara
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Medica – 2015, del CAP III Independencia de la RAS Almenara
- ✓ Se aprobó el Plan Anual de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias – 2015 de HNGAI de la RAS Almenara
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Medica Odontológica – 2015, de la Clínica Geriátrica Ancije de la RAS Almenara
- ✓ Se conformó el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo del H I Aurelio Díaz Ufano y Peral de la RAS Almenara 2015
- ✓ Se conformó el Comité Técnico Quirúrgico – 2015, del H I Aurelio Díaz Ufano y Peral de la RAS Almenara 2015
- ✓ Se conformó el Comité de la Unidad de Medicina Complementaria del Policlínico Chosica de la RAS Almenara
- ✓ Se conformó el Comité de Gestión del Policlínico Francisco Pizarro de la RAS Almenara
- ✓ Se reconformó el Comité de gestión y Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios del HNGAI de la RAS Almenara

En el mes de Junio

- ✓ Se conformó el Comité de Equipo de Acreditación en la Asignación de responsabilidades en los Órganos de Apoyo a la gestión – 2015, del HII SGCIL
- ✓ Se aprobó el Manual de Normas y Procedimientos del Servicio de Hematología del Dpto. de Patología Clínica para el Manejo Estandarizado de los Procedimientos del Servicio de Hematología del Dpto. de Patología Clínica del HNGAI
- ✓ Se aprobó el Plan de Operaciones de Emergencia de la Red y el Plan de Respuesta Hospitalaria ante Emergencia Masiva y Desastre para el HNGAI
- ✓ Se conformó: el Comité de la Cartera Mujer / Mujer Gestante, el Comité de Atención Primaria, el Comité Transfuncional y Banco de Sangre, el Comité de Seguridad y Defensa, el Comité de Calidad y Seguridad del

Red Asistencial ALMENARA

Paciente, del H I Aurelio Díaz Ufano y Peral de la RAS Almenara
- ✓ Se aprobó el Manual de Procedimientos de Enfermería del Departamento de Enfermería del HNGAI 2015

En el mes de Julio
- ✓ Se conformó el Comité de Farmacovigilancia del H I Aurelio Díaz Ufano y Peral de la RAS Almenara
- ✓ Se conformó el Comité de Lactancia Materna 2015 de la RAA
- ✓ Se aprobó el Manual de Procedimientos del Servicio de Microbiología del HNGAI - 2015

En el mes de Agosto
- ✓ Se conformó el Comité de Lactancia Materna de la RAS Almenara
- ✓ Se aprobó el Manual de Calidad Bioseguridad y Procedimientos del Servicio de Bioquímica del Departamento de Patología Clínica del HNGAI - 2015

En el mes de Setiembre
- ✓ Se aprobaron los Formatos de Consentimiento Informado de los Procedimientos que se realizaran en el Departamento de Anatomía Patológica de la RAA
- ✓ Se designó el Comité Evaluador del Programa Personas que Dejan Huellas de la RAS Almenara
- ✓ Se conformó el Comisión de Inventario en Farmacias y Depósitos del H II San Isidro Labrador, H II Ramón Castilla, H II Vitarte, CAP III Alfredo Piazza Roberts, H III Grau, Policlínico Chosica, CM Ancije, CAP III Huaycan, PM de Construcción Civil, Policlínico Pizarro, Policlínico San Luis,
- ✓ Se conformó el Comité de Soporte y Monitoreo del Suministro de Recursos para la RAS Almenara
- ✓ Se conformó el Comité de Autoevaluación para la Acreditación del CAP III Independencia
- ✓ Se conformó la Comisión de Inventario en Farmacias y Depósitos del H I Jorge Voto Bernales
- ✓ Se conformó el Comité de Acreditación 2015 – 2016, del CAP III Huaycan de la RAA.
- ✓ Se conformó el Equipo Cero Dolor del CAP III Huaycan de la RAS Almenara - 2015

En el mes de Octubre
- ✓ Se conformó el Comité Farmacoterapeutico de la RAS Almenara
- ✓ Se reconformó el Comité de Seguridad y Defensa, se denominó Equipo de Trabajo de Gestión de Riesgos y Brigadas de Emergencia de HNGAI
- ✓ Se reconformó el Comité de Validación de GPC del HNGAI

Se designó a los miembros del Comité de Hospitalización de la RAS Almenara

En el mes de Noviembre
- ✓ Se aprobó el Comité de Evaluación Médica de la RAS Almenara
- ✓ Se aprobó el Comité de Farmacovigilancia, del CAP III Agustino, del H II Vitarte de la RAS Almenara
- ✓ Se constituyó la Comisión de Ecoeficiencia de la RAS Almenara
- ✓ Se conformó del Comité Técnico de Infecciones Intrahospitalarias – 2015, del H II Aurelio Díaz Ufano y Peral de la RAS Almenara
- ✓ Se aprobó el Comité de Auditoria de Enfermería del HNGAI periodo 2016

En el mes de Diciembre
- ✓ Se conformó la Comisión de Inventario en el Deposito Kits del HNAAA, de la RAS Almenara
- ✓ Se conformó la Comisión de Inventario en el Deposito del Centro Supply del HNAAA, de la RAS Almenara
- ✓ Se aprobó el Plan de Trabajo para Implementar el Sistema de Control Interno.
- ✓ Se aprobó el Plan de Operaciones Alerta Verde Preventiva Fenómeno El Niño - 2015-2016, del Departamento de Emergencia de la RAS Almenara.
- ✓ Se conformó la Comisión de Inventario de Existencias en el Almacén Centro del HNAAA, de la RAS Almenara
- ✓ Se conformó la Comisión de Inventario en Farmacia Central del HNAAA, de la RAS Almenara
- ✓ del HNAAA, de la RAS Almenara en el Deposito del Centro Quirúrgico del HNAAA, de la RAS Almenara

Principales Gastos Logísticos (PAC – 2015)

Red Asistencial ALMENARA

Descripción (*)	Tipo de proceso	Valor estimado S/.
✓ Contratación de recolección, transporte y disposición final de los residuos sólidos biocontaminados y peligrosos del HNGAI y de los CAS de la RAS Almenara	AMC	5,880,237.41
✓ Adquisición de accesorios para el equipo de cirugia laparoscópica del H I Aurelio Diaz Ufano de la RAA	AMC	22,672.00
✓ Adquisición de tubo de rayos x para el equipo tomógrafo multicorte marca General Eectric del HNGAI	ADP	315,060.00
✓ Servicio de mantenimiento de los ambientes del servicio de hematologia clinica - laboratorio del HNGAI	ADP	204,309.52
✓ Adquisición de accesorios médicos para bioingenieria del HNGAI	LP	1,000,000.00
✓ Servicio de mantenimiento menor del sistema eléctrico y grupos electrógenos de la RAA	CP	1,005,600.00
✓ Servicio de mantenimiento de angiografo digital Philips bv pulsera HNGAI	ADS	108,000.00
✓ Adquisición de material médico para el departamento de neurocirugia para la RAA - Servicio de Neurotraumatologia	LP	2,268,519.02
✓ Servicio de tratamiento con medicina hiperbárica para la RAA	CP	700,000.00
✓ Adquisición de material médico ropa descartable para la RAA	LP	1,800,000.00
✓ Adquisición de material médico para el departamento de cuidados criticos para la RAA	LP	2,761,807.70
✓ Contratación de servicio especializado de ventilación mecánica domiciliaria para la RAA	CP	5,184,000.00
✓ Contratación del servicio de tratamiento de radioterapia y braquiterapia para atender a los pacientes de la RAA	CP	9,736,996.80
✓ Contratación del servicio especializado para formulación de términos de referencia y expedientes técnicos definitivos de la RAA	CP	800,000.00
✓ Servicio de hospitalización medica TBC MDR	CP	2,000,000.00
✓ Adquisición de bolsas impresas para Farmacias	ADS	198,760.00
Total		33'985,962.45

(*) Periodos de 12 meses

- ✓ Al cierre se informó que son 170 procesos de selección por un monto de S/.262,475,749.78, comprendiendo 111 procesos para el rubro de bienes (S/.211,025,398.69) y 59 procesos para el rubro de servicios (S/.51,450,351.09).
- ✓ Se convocaron 91.76% con una ejecución contractual del 25.29%, debiendo indicarse que en citado año se convocaron procesos de selección que serán ejecutados el 2016.
- ✓ Es preciso manifestar que al 31-12-2015, se obtuvo un ahorro de total de S/. 3,007,529.74, debido principalmente a las compras por Convenio Marco (S/.815,613.13), Compra de Material Médico Especializado (S/.1,706,344.89) y Ropa Hospitalaria (S/.132,873.75).

Principales Cursos Talleres llevados a cabo

1. Mejorar la calidad de información que sirva para la toma de decisiones, dirigido a 80 participantes. (S/. 2,228)
2. Bioseguridad en el Manejo de las Infecciones Intrahospitalarias, dirigido a 80 participantes. (S/. 2,228)
3. Calidad y seguridad del paciente (GPC, Auditoria Médica, Eventos Adversos, Prevención de Caídas, Identificación segura del Paciente), dirigido a 100 participantes. (S/. 2,763)
4. Auditoría del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, dirigido a 80 participantes. (S/. 2,228)
5. Entrenando a Entrenadores en Seguridad y Salud en el Trabajo, dirigido a 150 participantes. (S/. 4,113)
6. Procesos y procedimientos de seguros (2 módulos), dirigido a 100 participantes. (S/. 2,763)
7. Economía de la Salud, dirigido a 80 participantes. (S/. 2,228)
8. Curso Nacional de actualización en seguridad y calidad en cirugía mayor ambulatoria, dirigido a 55 participantes. (S/. 1,549)
9. Primer Curso Internacional de Microcirugía Laríngea Laser CO2, dirigido a 50 participantes. (S/. 8,333)
10. Curso Nacional para Técnicos de Farmacia, dirigido a 55 participantes. (S/. 1,418)
11. Semana de Jornada Hospitalaria Internacional "Alergia Alimentaria", dirigido a 50 participantes. (S/. 8,333)
12. Curso Taller de Pie Diabético Extramuros en la RAA de Lima Metropolitana, dirigido a 50 participantes. (S/. 1,418)
13. II Curso Internacional en Nutrición Clínica y Soporte Nutricional, dirigido a 50 participantes. (S/. 8,335)
14. Atención integral del Abordaje Multidisciplinario del Adolescente, dirigido a 91 participantes. (S/. 2,523)
15. Atención integral del Abordaje Integral del Paciente con ITS-VIH/SIDA, dirigido a 91 participantes. (S/. 2,523)
16. Hospitales Amigos de la Madre y el Niño, dirigido a 195 participantes. (S/. 5,327)
17. Adulto Abordaje integral de las ECNT, dirigido a 52 participantes. (S/. 1,463)

Red Asistencial ALMENARA

18. Curso Taller de lavados de manos, dirigido a 100 participantes. (S/. 2,763)
19. Triage estructurado de cinco prioridades en emergencia, dirigido a 150 participantes. (S/. 3,913)
20. Emergencias médico-quirúrgicas: toma de decisiones, dirigido a 100 participantes. (S/. 2,763)
21. Broncofibroscopia, traqueotomía percutánea y cricotirotomía, dirigido a 75 participantes. (S/. 2,087)
22. Innovaciones en el Proceso de Esterilización y Prevención de Riesgos Ocupacionales, dirigido a 100 participantes. (S/. 2,763)
23. Medidas de Bioseguridad en el Trabajo Laboral, dirigido a 50 participantes. (S/. 1,418)
24. Sistema de Gestión de la Calidad de los Laboratorios Clínicos, dirigido a 120 participantes. (S/. 3,308)
25. Protocolo para la toma de muestras de sangre en pacientes trasplantados e inmunosuprimidos, dirigido a 60 participantes. (S/. 1,683)
26. III Curso de Calidad y Seguridad del Paciente, dirigido a 80 participantes. (S/. 5,000)
27. VII Curso de Seguridad y Salud en el Trabajo, dirigido a 80 participantes. (S/. 5,000)
28. Actualización en Alto Riesgo Obstétrico, dirigido a 78 participantes. (S/. 2,178)
29. Taller para Servicio de Emergencia /UVI, dirigido a 59 participantes. (S/. 1,661)
30. Actualización en Promoción de la Salud, dirigido a 75 participantes. (S/. 2,087)
31. Manejo Integral del Adulto Mayor, dirigido a 91 participantes. (S/. 2,523)
32. Desarrollo de Habilidades Sociales en la Adolescencia, dirigido a 91 participantes. (S/. 2,523)
33. Hospital Seguro, Sistema de comando de Incidentes, dirigido a 139 participantes. (S/. 3,820)
34. Psicología del Desastre, dirigido a 116 participantes. (S/. 3,200)
35. Humanización en Salud, dirigido a 163 participantes. (S/. 4,469)
36. Mejora de Clima Laboral, dirigido a 165 participantes. (S/. 4,522)
37. Manejo de Sistemas Estadísticos Aplicados en Salud: MINITAB, VISIO, dirigido a 50 participantes. (S/. 4,000)
38. Gestión de la calidad del Cuidado y seguridad de la persona adulta mayor, dirigido a 51 participantes. (S/. 1,439)
39. Curso Internacional: "Avances en el cuidado de la persona Adulta Mayor con Perspectiva Holística", dirigido a 61 participantes. (S/. 10,000)
40. Curso: "Nuevas Herramientas para la investigación en Enfermería. Prioridades de Investigación en el Envejecimiento y salud", dirigido a 51 participantes. (S/. 1,479)
41. Curso: "Rol de la Enfermera en el Cuidado Integral de la Persona Adulta Mayor y su Familia", dirigido a 51 participantes. (S/. 1,439)
42. Curso: "Seguridad y Salud en el Trabajo para el personal de asistencial", dirigido a 51 participantes. (S/. 1439)
43. Cuidado humanizado en la atención del adulto mayor, dirigido a 132 participantes. (S/. 3,622)
44. Cultura de Calidad y Seguridad en los Servicios de salud, dirigido a 96 participantes. (S/. 5,000)
45. Actualización de guías de manejo: nutrición enteral y parenteral en neonatología, dirigido a 50 participantes. (S/. 1,418)
46. Taller: Relaciones Humanas, dirigido a 71 participantes. (S/. 7,000)
47. Curso de Capacitación en Calidad en Atención, dirigido a 71 participantes. (S/. 1,979)
48. Motivación y Liderazgo, dirigido a 71 participantes. (S/. 7,000)
49. Taller sobre Bioseguridad, dirigido a 71 participantes. (S/. 1,979)
50. Comunicación efectiva y trabajo en Equipo, dirigido a 73 participantes. (S/. 7,000)
51. Motivación e Integración, dirigido a 69 participantes. (S/. 7,000)
52. Categorización y Acreditación en los establecimientos de salud, dirigido a 73 participantes. (S/. 2,033)
53. Curso de especialidades en Enfermería: Innovaciones en el cuidado de Enfermero Especializado, dirigido a 100 participantes. (S/. 2,763)
54. Curso de gestión en los servicios de Salud, dirigido a 100 participantes. (S/. 2,763)
55. Taller: "Comunicación Asertiva y Trabajo en Equipo", dirigido a 80 participantes. (S/. 10,000)
56. Taller: "Manejo del estrés laboral", dirigido a 120 participantes. (S/. 12,000)
57. II Curso internacional de actualización en ultrasonido: "Ecografía Intervencionista y otros procedimientos especiales en ecografía", dirigido a 50 participantes. (S/. 8,334)
58. VIII Curso Internacional de cáncer de mama: avances en el tratamiento de cáncer de mama, dirigido a 50 participantes. (S/. 8,333)
59. Ley de Contrataciones del Estado: etapa contractual en bienes y servicios, dirigido a 50 participantes. (S/. 7,000)
60. Ley de Contrataciones del Estado: etapa contractual de obras públicas y contratación electrónica del estado, dirigido a 50 participantes. (S/. 9,000)
61. Curso "Inteligencia Emocional", dirigido a 50 participantes. (S/. 7,500)
62. Curso de "Riesgos psicosociales en el personal de salud", dirigido a 80 participantes. (S/. 2,128)
63. Curso Taller "Manejo del Cáncer Ginecológico", dirigido a 60 participantes. (S/. 1,688)

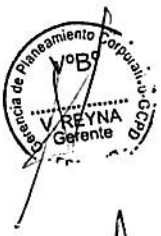
Gerencia de Planeamiento Corporativo-GCPD V°B° V. REYNA Gerente -ESSALUD-

GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y DESARROLLO V°B° Ing. A. ROJAS -ESSALUD-

CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN-GCPD V°B° Econ. A. Verástegui SubGerente -ESSALUD-

Red Asistencial ALMENARA
64. V Curso de Atención Primaria en Geriatría, dirigido a 72 participantes. (S/. 2,058) 65. Curso Taller de Manejo del Paciente Politraumatizado, dirigido a 112 participantes. (S/. 3,082) 66. Curso Taller sobre Bioseguridad, dirigido a 71 participantes. (S/. 5,000)





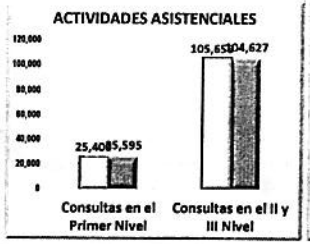


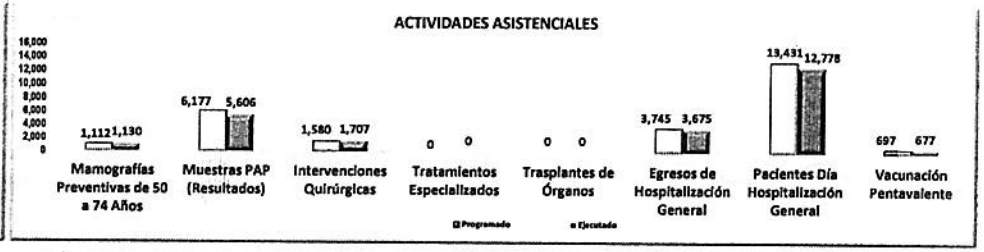
Evaluación del Plan Operativo Institucional 2015 - Desagregado

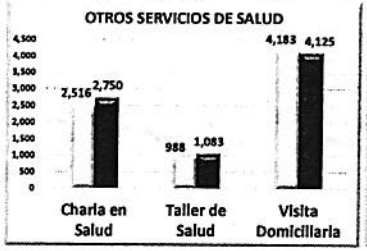
Red Asistencial AMAZONAS

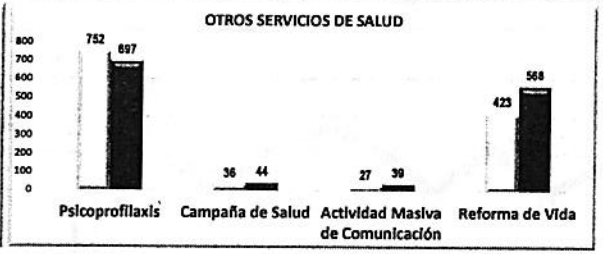
ACTIVIDADES OPERATIVAS - ASISTENCIALES

	PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD	UNIDAD DE MEDIDA	Al IV Trimestre		Cumplimiento %
			Programado	Ejecutado	
1	Consultas en el Primer Nivel	Consultas	25,400	25,595	101%
2	Consultas en el II y III Nivel	Consultas	105,656	104,627	99%
3	Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años	Mamografías preventivas con resultado	1,112	1,130	102%
4	Muestras PAP (Resultados)	Exámenes PAP con resultado	6,177	5,606	91%
5	Intervenciones Quirúrgicas	Intervenciones Quirúrgicas	1,580	1,707	108%
6	Tratamientos Especializados	Tratamientos Especializados	0	0	0%
7	Trasplantes de Órganos	Trasplantes	0	0	0%
8	Egresos de Hospitalización General	Egresos	3,745	3,675	98%
9	Pacientes Día Hospitalización General	Paciente día	13,431	12,778	95%
10	Vacunación Pentavalente	Vacunas (3ª dosis)	697	677	97%
11	Otros servicios de Salud				
11.1	Charla en Salud	Charlas	2,516	2,750	109%
11.2	Taller de Salud	Sesiones	988	1,083	110%
11.6	Visita Domiciliaria	Visitas	4,183	4,125	99%
11.3	Psicoprofilaxis	Sesiones	752	697	93%
11.4	Campaña de Salud	Campañas	36	44	122%
11.5	Actividad Masiva de Comunicación	Eventos	27	39	144%
11.7	Reforma de Vida	Sesiones	423	568	134%









Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel >= 100% son: Consultas en el Primer Nivel (101%), Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años (102%) y Interv.Qx. (108%). Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel de avance por debajo del 95% son las referidas a: Muestras PAP (91%).

De las 07 Actividades denominadas Otros Servicios de Salud, cinco (05) muestran un avance >=100% y una (01) se encuentran con un nivel de avance menor al 95% siendo estas: Psicoprofilaxis (93%)

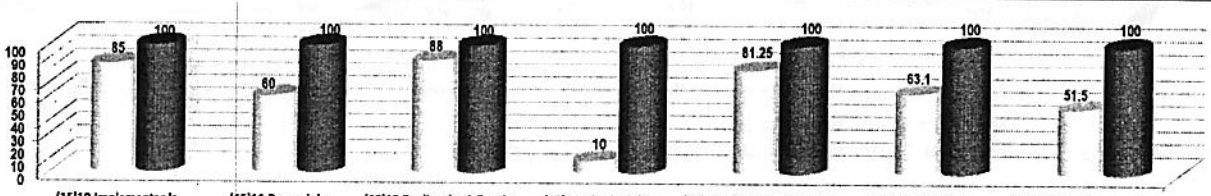
INICIATIVA DE GESTIÓN	AVANCE POI - 2015			REGULAR				Hitos ejecutados				
Actividades	Responsable	Fec. Ini. ReProg	Fec. Fin ReProg	Valor %	Valor ganado	Valor planeado	Indice Plazo actual	Nº HITOS	SI (100%)	NO (0 %)	AVANCE	Cumplimiento %
(15)10.Implementar la higiene de manos : Impacto en en las infecciones sanitarias	Enrique Vigil	01-mar	31-dic	100	85	100	0.85	4	3	0	1	75.00%
(15)11.Prevenir la enfermedad renal cronica atraves de la promocion de la salud Renal en la población asegurada de la Red Asistencial Amazonas	Enrique Vigil	01-mar	31-dic	100	60	100	0.6	4	2	2	0	50.00%
(15)12.Realizar la vigilancia de la Salud Ocupacional del Trabajador de los EESS de la RAAM.	Carlos Castillo	01-mar	31-dic	100	88	100	0.88	6	5	0	1	83.33%
(15)13.Disminuir los Riesgos Ocupacionales y de los Accidentes de Trabajo en los Centros Asistencial	luis Enrique Bravo	30-mar	31-dic	100	10	100	0.1	5	1	4	0	20.00%
(15)14.Fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia en la Red Asistencial	luis Enrique Bravo	01-ene	30-dic	100	81.25	100	0.8125	4	3	0	1	75.00%
(15)8.Optimizar la Infraestructura tecnológica en la Red Asistencial Amazonas.	Nilson Molocho	01-jun	30-nov	100	63.1	100	0.631	4	2	1	1	50.00%
(15)9.Mejorar la capacidad de respuesta para enfrentar eventos catastróficos	Luis Elescano	01-mar	31-dic	100	51.5	100	0.515	7	2	1	4	28.57%
Iniciativa de Gestión		01-ene	31-dic	100	62.69	100.00	0.6269	34	18	8	8	52.94%

Se elaboró el Programa de Higiene de Manos dirigido a profesionales, pacientes y familiares de los EESS (Informe Nº 009- JOCPyAP-RAAM-EsSalud-2015; Carta Nº 191-JOCPyAP-RAAM- EsSalud -2015).

Se sensibilización a la población en general para el desarrollo de actitudes y prácticas saludables en Salud Renal a través de IEC (Informe No 08-JOCPyAP-RAAM- EsSalud-2015).
Se Capacito para la Formación de Promotores Educadores de Pares (PEPs) en Promoción de Salud Renal (Informe No 08-JOCPyAP-RAAM- EsSalud-2015).

Se Conformó el Equipo de Trabajo de Salud Ocupacional (Resolución No 014-2015DRAAM-EsSalud-2015)
Se elaboró el Diagnostico de los Riesgos Ocupacionales a los que están expuesto los trabajadores de la RAS (Informe No 01-URH-OA-RAAM-ESSALUD-2015)
Se elaboró y aprobó el Plan de Trabajo para la Implementación, Vigilancia de la Salud Ocupacional del Trabajador de los EESS de la RAAM., teniendo en cuenta Directiva Nº 001-GG-EsSalud (Informe No 01-URH-OA-RAAM-ESSALUD-2015).
Se conformó el Equipo de Trabajo de Salud Ocupacional y coordinación con el Comité de Seguridad y Salud de Trabajo de la RAS (Resolución No 014-DRAAM-EsSalud-2015).

Para Fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia en la Red Asistencial, se han distribuido los formatos establecidos a todos los establecimientos de salud (Carta No 378-URM-RyCR-HIHU-RAAM-EsSalud-2015; orden de compra No 4502251915 por S/.2872.54 nuevos soles).
Se socializó la normativa institucional del Sistema de Referencia y Contrarreferencias (Cartas Nº 128 y 378-UARM-RyCR-HIHU-RAAM-EsSalud-2015; Carta Circular Nº 006-UARM-RyCR-HIHU-RAAM-EsSalud-2015; Constancias de Auditorias). Se capacitó y sensibilizar al personal de salud de los EESS de la Red, para fortalecer el Sistema de Referencia y Contrarreferencia (Carta No 004-CAP-RAAM-EsSalud-2015).





V°B° Ing. A. ROJAS

V°B° Econ. A. Verástegui SubGerente

V°B° V. REYNA Gerente

Patron de Comportamiento de los Indicadores del POI - FONAFE de la Red Asistencial AMAZONAS

1. Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva del I Nivel de Atención	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Ratio	0.34	0.24

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

2. Diferimiento de Citas Consulta Externa pacientes referidos del I al III Nivel	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	7	7

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

3. Promedio de Permanencia en Hospitalización General	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	3.38	3.38

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

4. Porcentaje de Pacientes en Sala de Observación < = 24 Horas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Porcentaje (%)	91.93%	91.93%

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

5. Tiempo de Espera de Intervención Quirúrgica	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	45	45

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

6. Cobertura de Tamizaje de Cancer de Cuello Uterino	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	35.00%	31.64%

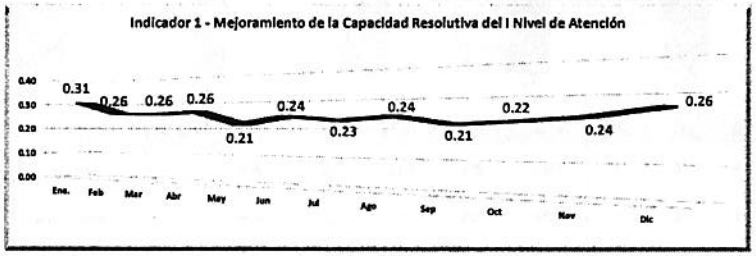
Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

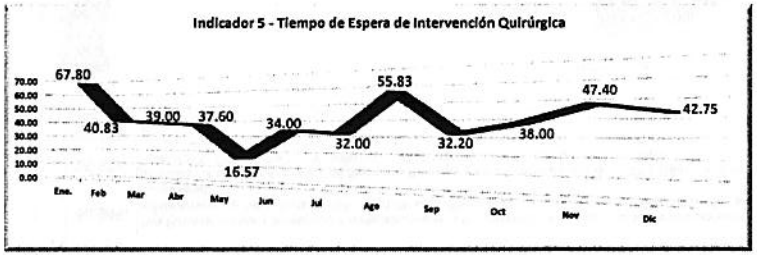
7. Cobertura de Tamizaje de Mamografías Preventivas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	30.00%	22.34%

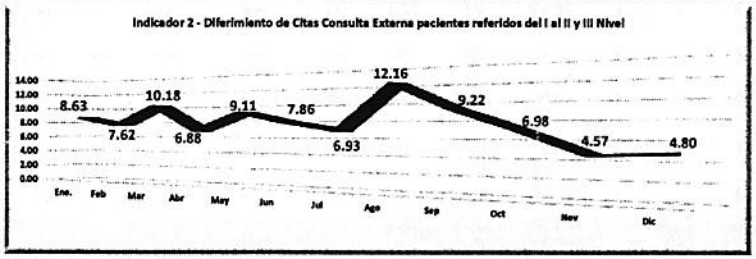
Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

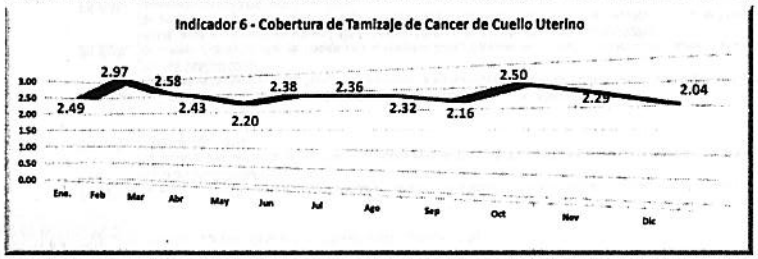
8. Cobertura de Vacunación Pentavalente (3era dosis)	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	85.00%	64.48%

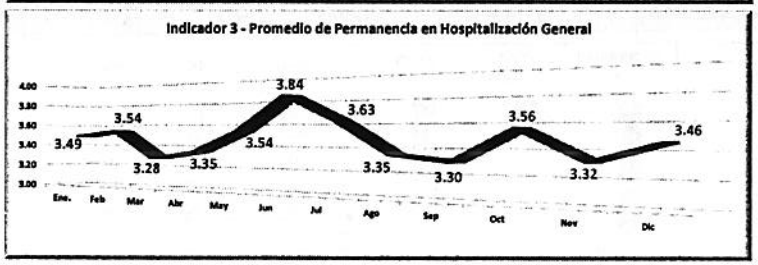
Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

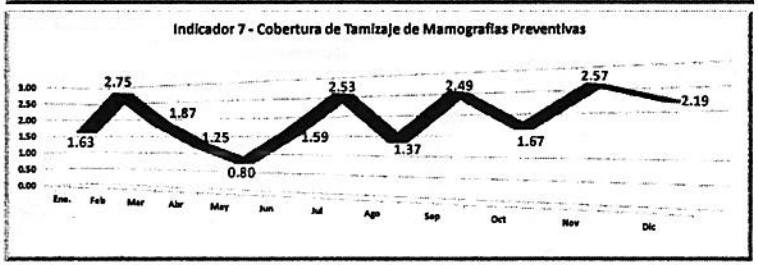


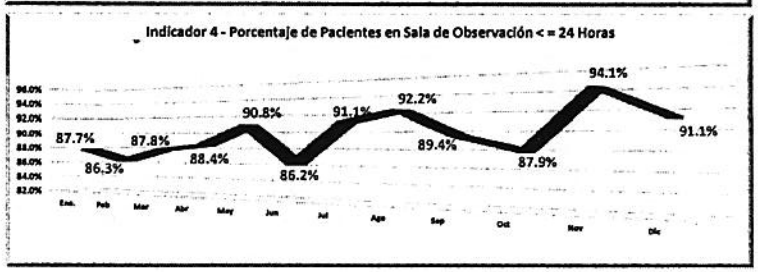


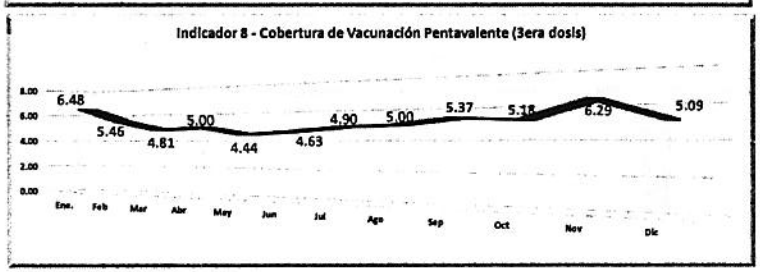












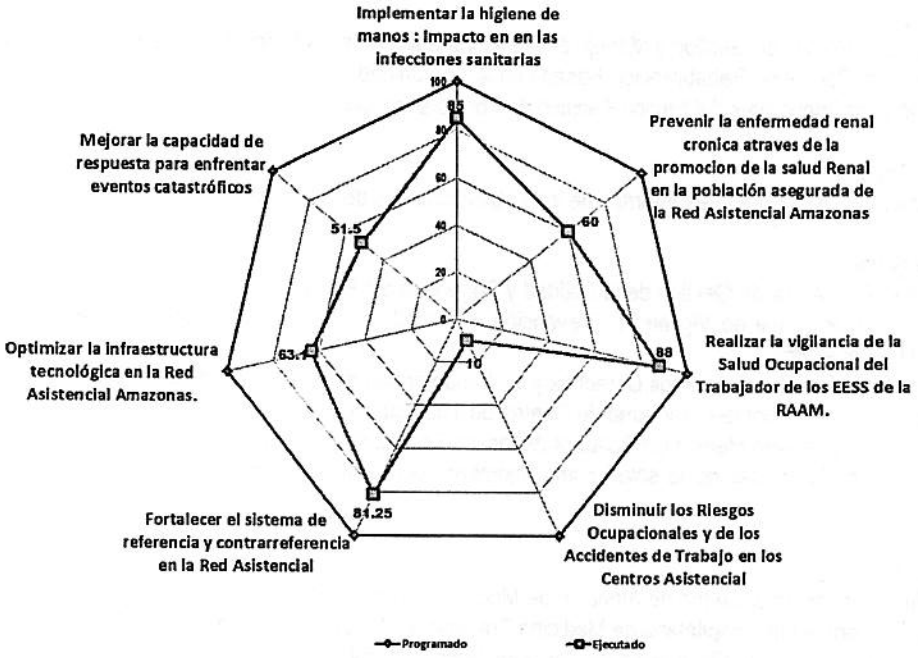
V°B° Ing. R. ROJAS ESSALUD

V°B° V. REYNA Gerente ESSALUD

V°B° Econ. A. Verástegui SubGerente ESSALUD

Red Asistencial AMAZONAS

Actividades Desarrolladas para el cumplimiento de la Iniciativas de Gestión



En lo referente a las Iniciativas de Gestión:

1. Se optimizaron 8 EESS con infraestructura tecnológica y de comunicaciones.
2. Para mejorar la capacidad de respuesta para enfrentar eventos catastróficos, se conformaron, implementaron y capacitaron 2 brigadas.
   - ✓ Se cumplió con la "Capacitación y Sensibilización al personal de la RAS a fin de mejorar la capacidad de respuesta frente a eventos catastróficos".
   - ✓ Mediante Resolución N° 096-DRAAM-ESSALUD-2015, del 07-07-2015, se aprobó el "Plan de Respuesta ante situaciones de Emergencia y Desastres del H I Higos Urco Chachapoyas.
   - ✓ Mediante Resolución N° 096-DRAAM-ESSALUD-2015, del 25-06-2015, se conformó las Brigadas Respuesta del H I Higos Urco Chachapoyas para hacer frente a desastres naturales o emergencias.

Gestión de la RAS

En el mes de Enero.

- ✓ Se conformó el Comité Farmacológico, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia de los hospitales de la RAS Amazonas
- ✓ Se designó la Comisión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la RAS Amazonas
- ✓ Se conformaron los Sub Comités de implementación del Sistema de Control Interno en la RAS Amazonas - periodo 2015

En el mes de Febrero

- ✓ Se creó la Unidad Funcional de la Oficina de Gestión de la Incapacidad Temporal y Centro de Validación de Incapacidad Temporal
- ✓ Se tomaron acciones preventivas de seguridad e informativas de los Centros de Operaciones de Emergencia – COE, para ello se conformó el Grupo de Trabajo de Gestión de Riesgo de Desastres de la RAS Amazonas

En el mes de Marzo

- ✓ Se aprobó el Manual de Procedimientos Operativos del Almacén Especializado de la RAS

Red Asistencial AMAZONAS

En el mes de Mayo
- ✓ Se conformó el Equipo de Rondas de Seguridad de los establecimientos de salud de la RAS Amazonas.

En el mes de Julio
- ✓ Se conformó el Comité de Gestión y Manejo de Residuos Sólidos de los hospitales de la RAS Amazonas
- ✓ Se conformó el Comité de Rehabilitación Basada en la Comunidad
- ✓ Se designó a los integrantes del Equipo Técnico de Formulación del Plan Director

En el mes de Agosto
- ✓ Se designaron a los Evaluadores Internos de los Establecimiento de la RAS Amazonas

En el mes de Setiembre
- ✓ Se aprobó el Plan Anual de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente 2015
- ✓ Se aprobó el Plan Anual de Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias priorizadas 2015 del H I Higos Urco
- ✓ Se constituyeron los Círculos por los Derechos y la Humanización de la RAS Amazonas
- ✓ Se designó al Coordinador del Programa de Control de Tuberculosis
- ✓ Se constituyó la Comisión Medica Calificadora de Incapacidades de la ley 26790 de la RAS Amazonas
- ✓ Se designó a profesionales de la salud como miembros del Comité Medico de Auditoria de Incapacidades - COMAI

En el mes Octubre
- ✓ Se creó funcionalmente al Centro de Atención de Medicina Complementaria - CAMEC del H I Higos Urco
- ✓ Se renovó el Comité Intrahospitalario de Medicina Transfusional y Centro de Hemoterapia (Banco de Sangre)
- ✓ Se aprobó el Plan Anual de Eliminación de Residuos Sólidos Hospitalarios del H I Higos Urco
- ✓ Se aprobó el Manual de Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios del H I Higos Urco
- ✓ Se aprobó el Programa de Protección Radiológica de la RAS.

En el mes de Noviembre
- ✓ Se constituyó el Comité de Auditoria de Enfermería del H I Higos Urco, del H I El Buen Samaritano, de la RAS Amazonas
- ✓ La propuesta de modificación del numeral 6.1.8 de las disposiciones generales de la Directiva Nro.15-GG, referida a la Calificación de la Incapacidad, reconstituyó la Comisión Médica Calificadora de Incapacidades – COMECI de la RAS Amazonas.
- ✓ Se aprobó el Plan de Respuesta Frente al Fenómeno El Niño 2015-2016 de la RAS Amazonas

En el mes de Diciembre
- ✓ Se aprobó el Plan de Trabajo para implementar el Sistema de Control Interno de la RAS Amazonas
- ✓ Con la Implementación de la Directiva N° 003-IETSI-2015, conformó el Comité Farmacoterapeutico del H I Héroes del Cenepa, del H I El Buen Samaritano, el H I Higos Urco de la RAS Amazonas.

Principales Gastos Logísticos (PAC – 2015)

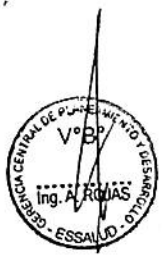
Descripción (*)	Tipo de proceso	Valor estimado S/.
Servicio de transporte para el traslado de pacientes ✓ Referidos del HIHU de Chachapoyas al HNAAA de Chiclayo ✓ Referidos de Bagua Grande HIEBS hacia Chiclayo HNAAA ✓ Referidos de la ciudad de Bagua HIHC hacia Chiclayo HNAAA	CP	644,035.65 801,729.60 792,485.50
Servicio de Lavandería de Ropa Hospitalaria	ADS	117,758.00
Traslado de fármacos del almacén central hacia los CAS	ADS	72,000.00
Servicio de lecturas de pruebas de Papanicolaou para los CAS	ADS	52,800.00
Servicio de especialistas médicos PAAD	ADS	150,000.00
Servicio de lecturas y diagnóstico de mamografías para los CAS	ADS	68,000.00
Total		2'698,808.75

(*) Periodos de 12 meses

Red Asistencial AMAZONAS
Principales Cursos Talleres llevados a cabo
Se capacitó al personal administrativo y asistencial con la finalidad de fortalecer los conocimientos, habilidades y destrezas, para el desarrollo de sus funciones 1. Soporte Vital Básico Pediátrico (SVB NIÑOS), Soporte Vital Avanzado Pediátrico (SVA NIÑOS) y Atención Inmediata del Recién Nacido, dirigido a 28 Participantes (S/. 10,788) 2. Humanización en los Servicios de Salud, dirigido a 54 Participantes (S/. 12,738) 3. Gestión y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de salud, dirigido a 43 Participantes (S/. 8,000) 4. Emergencias Obstétricas, dirigido a 32 Participantes (S/. 8,876) 5. Soporte Básico del Trauma y Colectivas y Soporte Avanzado del Trauma y Masivas, dirigido a 34 Participantes (S/. 9,258.50)



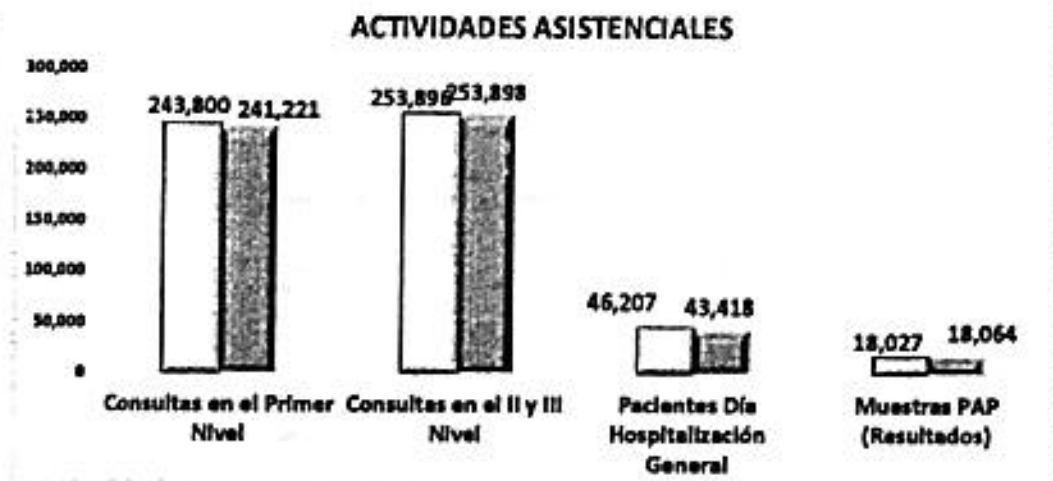


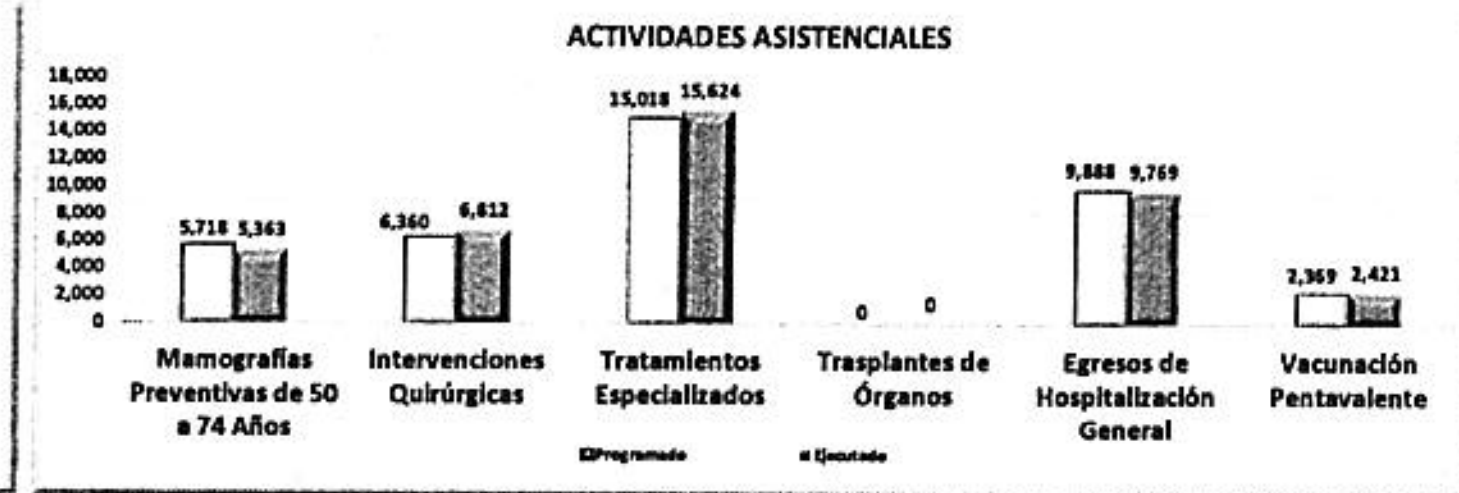


Evaluación del Plan Operativo Institucional 2015 - Desagregado
Red Asistencial ANCASH

ACTIVIDADES OPERATIVAS - ASISTENCIALES

	PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD	UNIDAD DE MEDIDA	Al IV Trimestre Programado	Al IV Trimestre Ejecutado	Cumplimiento %
1	Consultas en el Primer Nivel	Consultas	243,800	241,221	99%
2	Consultas en el II y III Nivel	Consultas	253,896	253,898	100%
3	Pacientes Día Hospitalización General	Paciente día	46,207	43,418	94%
4	Muestras PAP (Resultados)	Exámenes PAP con resultado	18,027	18,064	100%
3	Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años	Mamografías preventivas con resultado	5,718	5,383	94%
6	Intervenciones Quirúrgicas	Intervenciones Quirúrgicas	6,360	6,812	107%
6	Tratamientos Especializados	Tratamientos Especializados	15,018	15,624	104%
7	Trasplantes de Órganos	Trasplantes	0	0	0%
8	Egresos de Hospitalización General	Egresos	9,888	9,769	99%
10	Vacunación Pentavalente	Vacunas (3ª dosis)	2,369	2,421	102%
11	Otros servicios de Salud				
11.1	Charla en Salud	Charlas	3,586	3,614	101%
11.2	Taller de Salud	Sesiones	1,131	1,288	114%
11.3	Psicoprofilaxis	Sesiones	1,107	963	87%
11.4	Campaña de Salud	Campañas	135	145	107%
11.5	Actividad Masiva de Comunicación	Eventos	61	73	120%
11.6	Visita Domiciliaria	Visitas	5,882	5,715	97%
11.7	Reforma de Vida	Sesiones	1,692	1,793	106%







Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel >= 100% son: Consultas en el II y III Nivel (100%), Muestras PAP (100%), Interv.Qx. (107%), Tratamientos Especializados (104%) y Vacunación Pentavalente (102%). Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel de avance por debajo del 95% son las referidas a: Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años (94%) y Pac. Día Hospitalización Gral. (94%).

De las 07 Actividades denominadas Otros Servicios de Salud, cinco (05) muestran un avance >=100% y una (01) se encuentran con un nivel de avance menor al 95% siendo esta: Psicoprofilaxis (87%).

INICIATIVA DE GESTIÓN — AVANCE POI - 2015 — BUENO

Actividades	Responsable	Fec. Ini. RePlan	Fec. Fin RePlan	Valor %	Valor ganado	Valor planeado	Índice [illegible]	Hitos ejecutados: N° HITOS	SI (100%)	NO (0%)	AVANCE	[illegible] %
(15)15.Autoevaluar y acreditar los EESS de la Red Asistencial Ancash.	Carlos Machado	01-mar	31-dic	100	71.6	100	0.716	6	2	2	2	33.33%
(15)16.Garantizar el acceso oportuno a citas, a fin de mejorar la satisfacción de los asegurados ambulatorios.	Carlos Machado	02-ene	31-dic	100	100	100	1	8	8	0	0	100.00%
(15)17.Disminuir las hospitalizaciones evitables en el Hospital Base II de la RAS Ancash.	Miguel Angel Saravia	02-mar	31-dic	100	96.4	100	0.964	5	4	0	1	80.00%
(15)18.Desarrollar un plan de mejora de la calidad de atención integral en la Unidad Renal del Hospital III Chimbote durante el año 2015.	Miguel Angel Saravia	02-mar	31-dic	100	66.25	100	0.6625	6	4	1	1	66.67%
(15)19.Aplicar el Plan Nacional de Salud Renal para la Detección Precoz y Referencia oportuna de casos de Enfermedad Renal Crónica (ERC).	Oswaldo Garcia	02-ene	31-dic	100	100	100	1	7	7	0	0	100.00%
(15)20.Detección Precoz y Referencia oportuna de casos de Cáncer de Mama y Cuello Uterino.	Oswaldo Garcia	02-ene	31-dic	100	100	100	1	6	6	0	0	100.00%
(15)21.Implementar la Farmacia de Material Médico de Centro Quirúrgico en el H III Chimbote.	Carol Torres	02-ene	30-dic	100	58.5	100	0.585	7	2	1	4	28.57%
(15)22.Fortalecer la Prevención y Promoción de la Salud Materna - Perinatal en la RAS Ancash.	Jorge Damian	02-ene	31-jul	100	75	100	0.75	11	6	0	5	54.55%
(15)23.Implementar acciones para fortalecer el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en los EESS	Oswaldo Garcia	01-mar	01-mar	100	100	100	1	8	8	0	0	100.00%
(15)24.Implementar Acciones para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de las ITS-VIH/SIDA.	Oswaldo Garcia	02-ene	31-dic	100	100	100	1	11	11	0	0	100.00%
(15)25.Mejorar la Recuperación de Deuda no Contributiva y de Terceros en la Red Asistencial Ancash.	Jaime Rivera	02-ene	31-dic	100	100	100	1	5	5	0	0	100.00%
Iniciativa de Gestión		02-ene	31-dic	100	87.98	100.00	0.8798	80	63	4	13	78.75%

Para garantizar la autoevaluación y acreditar los EESS de la Red Asistencial Ancash, se tiene: 1) Ratificación del Comité de Acreditación de la RAS (Resolución N° 139, 346 y 3011-GRAAN-EsSalud-2015). 2) Ratificación del Comité Evaluador Interno de los CAS (Resolución N° 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310 y 311-GRAAN-EsSalud-2015).

Para garantizar el acceso oportuno a citas, a fin de mejorar la satisfacción de los asegurados ambulatorios, se realizado las siguientes acciones: 1) Se realizó el diagnóstico situacional al 31-12-2014 del diferimiento de citas, el cual hace hincapié al no acceso al software de referencias y contrarreferencias (Carta N° 37-OPC-GRAAN-EsSalud-2015). 2) Se elaboró el informe de Reporte de Pacientes en Lista de Espera Qx al 31.Dic.2014, donde se tiene 30.36 días de espera en promedio (Carta N° 020-OPC-GRAAN-EsSalud-2015).

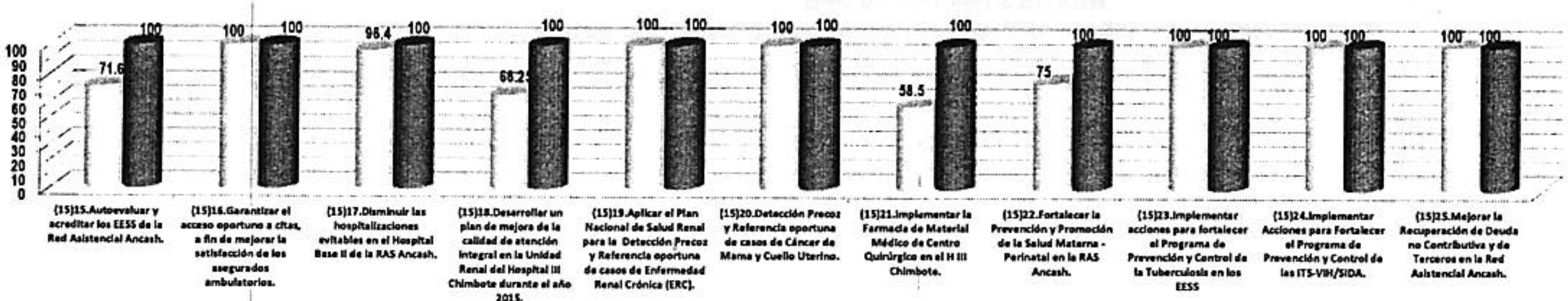
Para disminuir las hospitalizaciones evitables en el Hospital Base II de la RAS Ancash, se tiene: 1) La línea base de defunciones potencialmente evitables en la Red Asistencial Ancash (Carta No.56-DIS-OPyC-GRAAN-EsSalud-2015). 2) Se cuenta con el diagnóstico de los determinantes de hospitalizaciones evitables (HE) y defunciones potencialmente evitables (DPE) (Carta N° 56-DIS-OPyC-GRAAN-EsSalud-2015). 3) Se elaboró el Plan de Gestión para Hospitalizaciones y Defunciones evitables en la RAAN 2015 (Carta N° 56-DIS-OPyC-GRAAN-EsSalud-2015)

Para mejorar la atención con ERC se han realizado las siguientes acciones: 1)Carta Circular N°045 OCP y AP-GRAAN-ESSALUD-2015, avance del Plan Nacional de Salud Renal a octubre 2015, informando un avance de cobertura de 43.92 % de pacientes con factor de riesgo. 2)Carta Circular N°002 OCP y AP-GRAAN-ESSALUD-2016,avance del Plan Nacional de Salud Renal a diciembre 2015, muestra un avance de cobertura del 50.77% de pacientes con factor de riesgo, representado un cumplimiento de 84.62% de la meta asignada (60%).

Para la Detección Precoz y Referencia oportuna de casos de Cá.Mama y Cuello Uterino, se ha realizado las siguientes acciones: 1) Carta N° 018-OCP y AP-GRAAN-ESSALUD-2016, se informa sobre la segunda reunión de actualización los días 17, 18 y 19 de Dic. 2015, además informa que se realizó la evaluación a los CAS, donde cada director sustentó los indicadores operacionales. 2)Se ejecutaron 7761 captaciones de sintomáticos respiratorios identificados del total de atenciones en mayores de 15 años. Logrando el 2.52% del total de atenciones lo que representa el 84% de la meta al IV trimestre 2015.

Para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de las ITS-VIH/SIDA, se han realizado las siguientes acciones: 1)Carta N° 384-OCP y AP-GRAAN-ESSALUD-2015, se informó las coordinaciones con MINSA para proporcionar por dos meses la Adquisición de pruebas rápidas. 2)Carta No.018-OCPyAP-GRAAN-ESSALUD-2015, segunda reunión Técnicas de evaluación del programa de ITS-VIH /SIDA y Actualización sobre manejo Integral del Paciente con ITS-VIH/SIDA dirigido a: médicos, enfermera, psicólogo, nutricionista y asistenta social del Programa de ITS-VIH/SIDA de los EESS de la Red Asistencial, el 17,18 y 19-dic.-2015. 3)Carta N° 384-OCP y AP-GRAAN-ESSALUD-2015, se informa de los servicios tercerizados por el Laboratorio Clínico Blufstein. 4) Carta No.018-OCP y AP- GRAAN-ESSALUD-2015, indica que hubo 16716 pacientes de riesgo de VIH/SIDA, tamizados, al IV trimestre, lo que representa el 81, 57% de la meta programada.

A fin de mejorar la Recuperación de Deuda no Contributiva y de Terceros en la Red Asistencial Ancash, se han realizado las siguientes acciones: • Mediante Carta No. 679-GCGF-ESSALUD-2015, la Gerencia Central de Gestión Financiera asignó la meta de Recuperación de deuda no tributaria para la Red Asistencial Ancash.
1)Mediante Carta No. 807-GRAAN-ESSALUD-2015, se solicitó a la Gerencia de Cobranzas y Recuperaciones, la autorización de contratación de 01 ejecutor coactivo y 01 auxiliar coactivo. 2)Mediante Carta No. 523-OADM-GRAAN-ESSALUD-2015, se informó que el área de créditos y cobranzas con el apoyo de la sede central viene realizando el trabajo de validación en los CAS. 3)Mediante Carta N° 10-DF-OADM-GRAAN-ESSALUD-2016, informa que al 31 de diciembre de 2015 se ha recuperado la suma de S/.2,196,576.57, equivalente al 234.85% de la meta asignada.





VºBº Ing. A. ROJAS — Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo - ESSALUD
VºBº V. REYNA Gerente — Gerencia de Planeamiento Corporativo-GCPD - ESSALUD
VºBº Econ. A. Verástegui SubGerente — SG-Control y Evaluación de la Gestión-GPC-GCPD - ESSALUD

Patron de Comportamiento de los Indicadores del POI - FONAFE de la Red Asistencial ANCASH

1. Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva del I Nivel de Atención	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Ratio	0.99	0.96

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

2. Diferimiento de Citas Consulta Externa pacientes referidos del I al III Nivel	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	15	15

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

3. Promedio de Permanencia en Hospitalización General	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	4.30	4.30

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

4. Porcentaje de Pacientes en Sala de Observación < = 24 Horas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Porcentaje (%)	75.00%	75.00%

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

5. Tiempo de Espera de Intervención Quirúrgica	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	45	45

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

6. Cobertura de Tamizaje de Cancer de Cuello Uterino	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	27.50%	28.05%

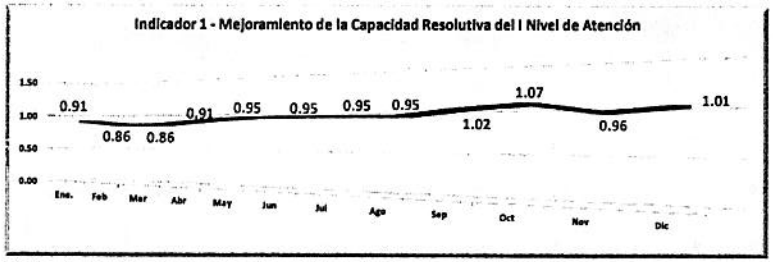
Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

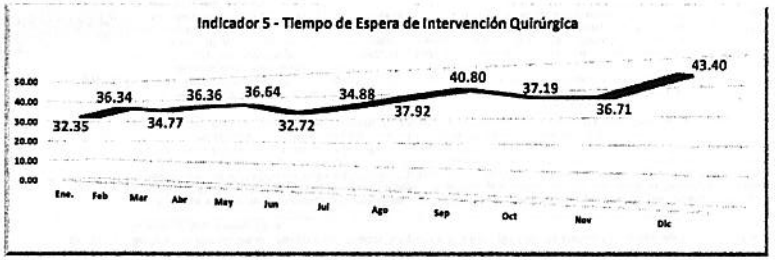
7. Cobertura de Tamizaje de Mamografías Preventivas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	21.80%	23.64%

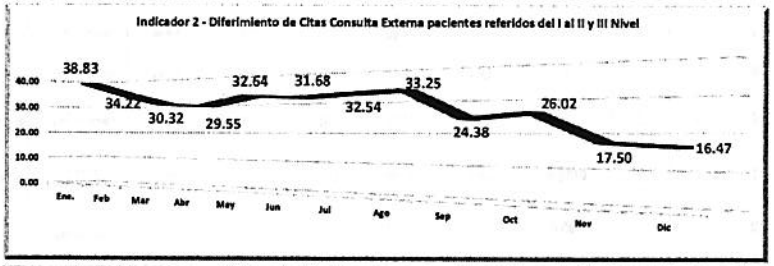
Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

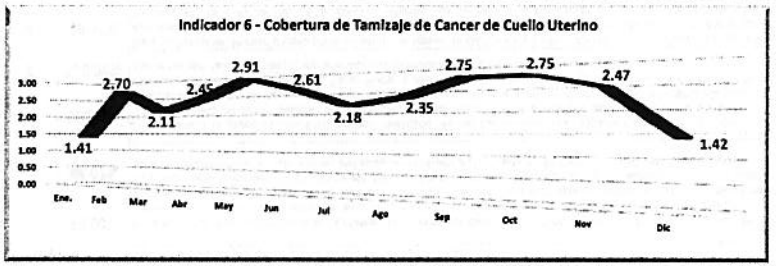
8. Cobertura de Vacunación Pentavalente (3era dosis)	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	80.00%	75.91%

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

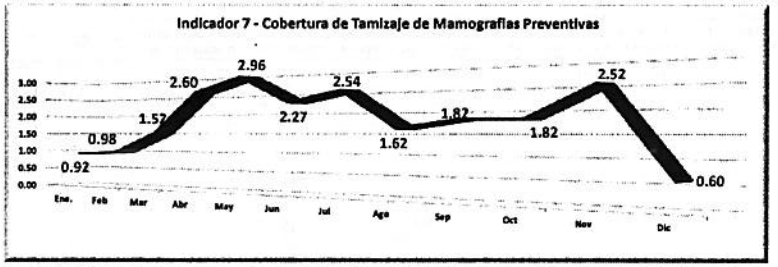


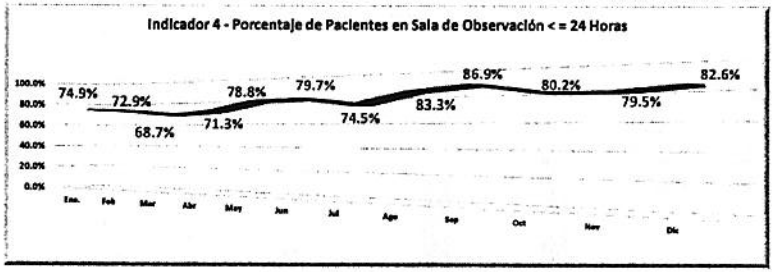


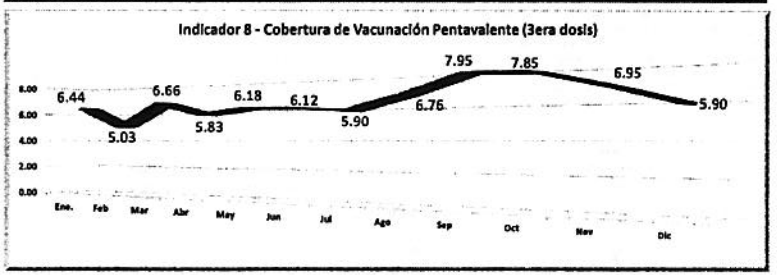












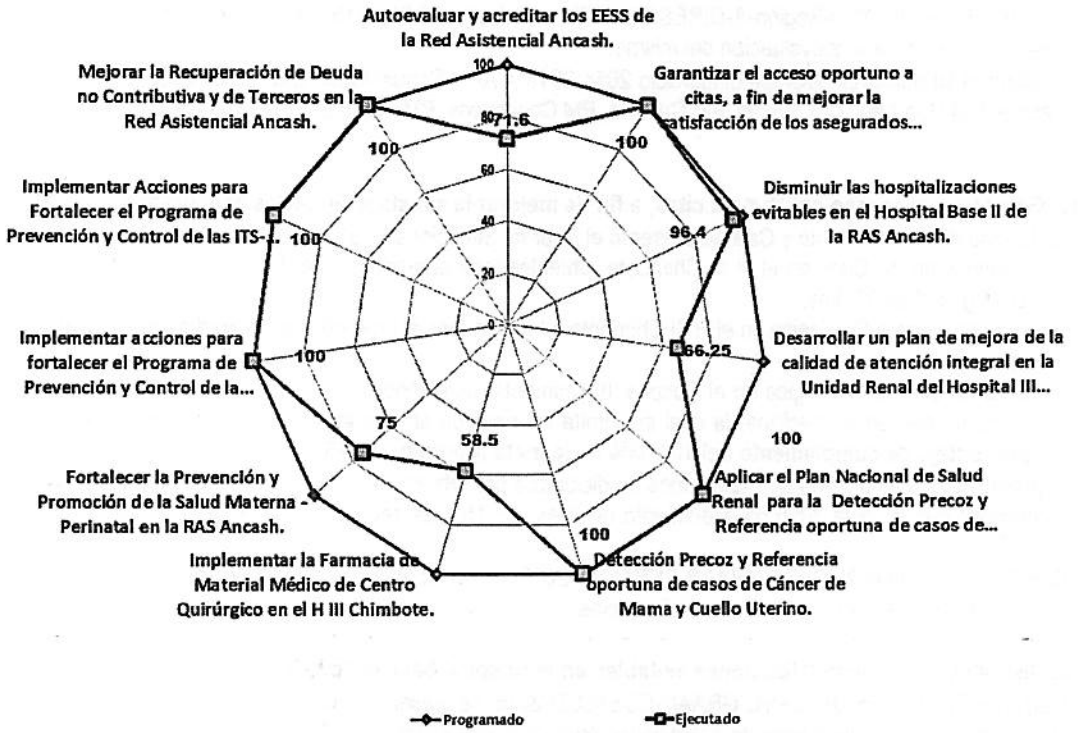
V°B° Ing. A. ROJAS - ESSALUD - GCPP

V°B° V. REYNA Gerente - ESSALUD - Gerencia de Planeamiento Corporativo GCPP

V°B° Econ. A. Verástegui SubGerente - ESSALUD - GCPP

Red Asistencial ANCASH

Actividades Desarrolladas para el cumplimiento de la Iniciativas de Gestión



Para: Autoevaluar y Acreditar los establecimientos de la Red Asistencial Ancash.

- Ratificación de Comités de Acreditación de la Red mediante resoluciones siguientes: Res: N°346-GRAAN-ESALUD-2015 de la Red, Res N° 139-GRAAN-ESSALUD-2015 H III Chimbote, Res. 3011-GRAAN-ESSALUD-2015- H I Cono Sur.
- Mediante Resolución Res. N° 303-GRAAN-ESSALUD-2015. PCC "VPR", Res. N° 304-GRAAN-ESSALUD-2015. CAP III Pomabamba, Res. N° 305-GRAAN-ESSALUD-2015. C.M. Coishco, Res. N° 306-GRAAN-ESSALUD-2015. CM Casma, Res. N° 307-GRAAN-ESSALUD-2015. CM Huarmey, Res. N° 308-GRAAN-ESSALUD-2015. CM Sihuas, Res. N° 309-GRAAN-ESSALUD-2015. H III Chimbote, Res. N° 310-GRANN-ESSALUD-2015. CAP II San Jacinto, Res. N° 311-GRAAN-ESSALUD-2015. H I Cono Sur
- Con Carta No. 107-GRAAN-ESSALUD-2015, se solicita el informe de implementación de acciones de mejora, de la autoevaluación realizada en el año 2014.
- Con Carta No. 395 OPC-GRAAN-ESSALUD-2014, presenta plan de visita para asistencia técnica a los CAS: Hospital I Cono Sur, CAP II San Jacinto, CAP II Pomabamba, CM Sihuas, CM Huarmey, CM Coishco, CM Casma, PM Cabana, PM Conchucos, PM Pampas y PM Pallasca.
- Se ejecutó el Plan de visita de asistencia técnica a los Centros Asistenciales de la RAAN.
- Presentó Informe N°001-CEI-ANCASH-GRAAN-ESSALUD-2016, de asistencia técnica y verificación de estándares de acreditación de los EESS de la Red.
- La verificación de los puntajes de autoevaluación, no permitieron solicitar la evaluación externa, encontrándose en proceso una nueva autoevaluación.
- El Proyecto de Mejora Continua "Optimización de los Procesos para mejorar la eficacia de la Anticoagulación Oral en los Pacientes con Fibrilación Auricular del H III Chimbote", se encuentra en un 70% de implementación.
- El Proyecto de Mejora Continua "Mejora de Procesos en el Servicio de Laboratorio Clínico a través de la implementación integral de un Sistema LIS en el H III Chimbote", tiene un 71.40% de cumplimiento, así mismo el Software implementado en la RAS se encuentra en el H I Cono Sur, con un avance del 80%, pendiente consolidar con el Policlínico "Victor Panda Rodriguez".

V°B° Ing. A. ROJAS

V°B° V. REYNA Gerente

V°B° Econ. A. Verastegui Sub Gerente

Red Asistencial ANCASH

- Se culminó con la elaboración del Proyecto de Mejora, dando a conocer el esquema del Proyecto del Servicio de Unidad Renal "Mejorar la Calidad y Expectativa de la Vida del Paciente de Diálisis en el H III Chimbote", el mismo que será implementado el 2016.
- Con RD N° 0041-2015-Región-A-DIRES/DGDRH, con fecha 12-01-2015, se le asignó la Categoría I – 3, así mismo, se realizó la autoevaluación del mismo.
- Con RD N° 0036-2015-Región-A-DIRES/DGDRH, con fecha 12-01-2015, se le asignó la Categoría I – 3, así mismo, se realizó la autoevaluación del mismo.
- Realizaron su autoevaluación en el ejercicio 2014-2015: CAP II Pomabamba, CAP II San Jacinto, CM Coishco, CM Casma, CM Huarmey, CM Sihuas, PM Cabana, PM Conchucos, PM Pampas y PM Pallasca.
-

Para: Garantizar el acceso oportuno a citas, a fin de mejorar la satisfacción de los asegurados

- La Oficina de Planeamiento y Calidad presentó el Análisis Situacional al 31.Dic.2014:
  - ✓ Diferimiento de Citas en el H III Chimbote, obteniéndose el promedio de diferimiento de referencias del año 2014 global de 31 días.
  - ✓ Lista de Espera Quirúrgica en el H III Chimbote, obteniéndose el promedio de 30.36 días de pacientes aptos no operados.
  - ✓ Lista de Espera Quirúrgica en el Hospital III Chimbote, obteniéndose el promedio de 43.40 días de pacientes aptos no operados, mediante la cual se remite información en formatos establecidos, **lo que representa un porcentaje de cumplimiento del 100.03% de la meta programada (45 días)**.
- El promedio de diferimiento de citas al mes de diciembre por referencia en el H III Chimbote fue de 16.47 días, que comparado con la meta 2015 de diferimiento de citas <= 15 días, representa un porcentaje de cumplimiento del 91.07 %.
- Con Carta No.58-DARMRyCR-GRAAN-ESSALUD-2015, presentó informe, con los procesos para el cumplimiento de la normativa de referencia y Contrarreferencias.

Para: Disminución de hospitalizaciones evitables en el Hospital Base III de la Red Asistencial Ancash.

- Mediante Carta N° 56-DIS-OPyC-GRAAN-ESSALUD-2015, se presentó:
  - ✓ El informe con la línea base de defunciones principalmente evitables en la RAAN.
  - ✓ Diagnóstico de los determinantes de Hospitalizaciones Evitables y DPE.
  - ✓ Plan de Gestión para Hospitalizaciones y Defunciones evitables en la RAAN 2015.
- Mediante Carta N° 75-DIS-OPyC-GRAAN-ESSALUD-2015, presenta informe de reunión técnica.
- Mediante Carta N° 002-DIS-OPyC-GRAAN-ESSALUD-2016, se presentó informe de hospitalizaciones evitables a diciembre 2015, habiendo alcanzado un 6.39%, debido a que el alto porcentaje de hospitalizaciones evitables son referidos de otros establecimientos de la RAAN.
- En el IV TRi.-2015, del total de 2331 hospitalizaciones, fueron evitables 149 (6.39%), la mayoría de ellas corresponden a pacientes Adultos Mayores (4.3%). El primer lugar lo ocupan las enfermedades genitourinarias (47 casos). El CAP Metropolitano representa el mayor porcentaje de hospitalizaciones evitables (46.3%), seguido por el H I Cono Sur (24.1%).

Para: Desarrollar un plan de mejora de la calidad de atención integral en la Unidad Renal del Hospital III Chimbote durante el año 2015.

- Mediante correo electrónico (08-09-2015):
  - ✓ Se presentó el Diagnóstico situacional y carga de enfermedad en Unidad Renal del H III Chimbote.
  - ✓ El Plan de mejoramiento de la calidad de la atención integral en Unidad Renal del H III Chimbote.
  - ✓ Evaluación trimestral del cumplimiento de los protocolos de atención en Unidad Renal del H III Chimbote
  - ✓ Vigilancia y Contención de los distintos estadios con nefroprotección por CAS de la RAS Ancash
- Mediante Carta Circular N°002-OCP y AP-GRAAN-ESSALUD-2016, se el 85% de pacientes con ERC reciben tratamiento nefroprotector, al mes de diciembre 2015 y presentó Proyecto "Mejorar la Calidad y Expectativa de vida del paciente de diálisis en el H III Chimbote".
- Plantea implementar el proyecto "Mejorar la Calidad y Expectativa de vida del paciente de diálisis en el Hospital III Chimbote" en el 2016.

Para: Aplicar el Plan Nacional de Salud Renal para la Detección Precoz y Referencia oportuna de casos de Enfermedad Renal Crónica (ERC).

- Mediante Carta No.950-GRAAN-ESSALUD-2015, presenta informe a dic.-2014, del Plan Nacional de Salud Renal 2014.

Gerencia de Planeamiento Corporativo-GCPD V°B° V. REYNA Gerente ESSALUD

Gerencia Central de Planeamiento V°B° Ing. A. ROJAS ESSALUD

Gerencia de Control y Evaluación de la Gestión-GCPD V°B° Econ. A. Verástegui Sub Gerente ESSALUD

Red Asistencial ANCASH

- Mediante Carta Circular N°050-OCPyAP-GRAAN-ESSALUD-2015, presenta informe al mes de noviembre 2015, así mismo, indica que el 88.37% de pacientes con ERC reciben tratamiento nefroprotector.
- Mediante Carta N°371-UCID-GRAAN-ESSALUD-2015, se autoriza ejecución del curso mejorando la salud y reduciendo el riesgo en ERC, ejecutado el 26 y 27 de nov.-2015.
- Con Carta Circular N°045 OCP y AP-GRAAN-ESSALUD-2015, presenta informe del avance del Plan Nacional de Salud Renal a octubre 2015, informando un avance de cobertura de 43.92 % de pacientes con factor de riesgo.
- Con Carta Circular N°002 OCP y AP-GRAAN-ESSALUD-2016, presenta informe del avance del Plan Nacional de Salud Renal a diciembre 2015, muestra un avance de cobertura del 50.77% de pacientes con factor de riesgo, representado un cumplimiento de 84.62% de la meta asignada (60%).

CAS	Pob. Factor de Riesgo HTA, DM	Meta Anual 60%	Avance Meta Dic-2015	%	Cobertura
H I Cono Sur	2769	1661	1073	65%	39%
Pol. CC VPR	6248	3749	3460	92%	55%
CM Coishco	1289	773	750	97%	58%
CM Casma	520	312	310	99%	60%
CM Huarmey	351	211	98	47%	28%
CM Sihuas	67	40	41	102%	61%
CAP II San Jacinto	503	302	213	71%	42%
CAP II Pomabamba	64	38	37	96%	58%
PM Cabana	39	23	31	132%	79%
PM Conchucos	20	12	11	92%	55%
PM Pampas	15	9	2	22%	13%
PM Pallasca	12	7	15	208%	125%
Total	**11897**	**7138**	**6041**	**85%**	**51%**

Para: Detección Precoz y Referencia oportuna de casos de Cáncer de Mama y Cuello Uterino.

- Mediante correo electrónico del 11.08.2015, se adjuntó copia del contrato de tercerización de servicios de lectura e informe de mamografías.
- Mediante Carta Circular No. 017-OCPyAP-GRAAN-ESSALUD-2016, se presentó el informe operacional a diciembre 2015 (se refiere a tamizaje de Ca. De Mama ha cobertura do el 22.17% y en lo que refiere a Tamizaje Ca de Cuello Uterino, ha coberturado el 28.11%, lo que representa un porcentaje de cumplimiento del 100.00% de la meta programada.

CAS	Cobertura de Tamizaje de Ca. Cuello Uterino			Cobertura de Tamizaje de Ca. Mama		
	Meta Anual 27.50%	Avance Meta Dic-2015	%	Meta Anual 27.50%	Avance Meta Dic-2015	%
H I Cono Sur	4237	4540	107.15%	1264	1316	104%
Pol. CC VPR	8597	8669	100.83%	2773	2696	97%
CM Coishco	1483	1533	103.37%	391	419	107%
CM Casma	1060	1059	99.91%	258	259	100.39%
CM Huarmey	749	582	77.70%	177	185	105%
CM Sihuas	305	396	129.84%	61	86	141%
CAP II San Jacinto	751	734	97.74%	234	275	118%
CAP II Pomabamba	292	334	114.38%	63	64	102%
PM Cabana	75	83	110.67%	21	22	105%
PM Conchucos	44	45	102.27%	11	11	100%
PM Pampas	49	54	110.20%	14	17	121%
PM Pallasca	31	37	119.35%	9	22	244%
Total	**17673**	**18066**	**102.22%**	**4823**	**5372**	**101.82%**

Para: Implementar la Farmacia de Material Médico de Centro Quirúrgico en el Hospital III Chimbote.

- Mediante Carta No.134-SFARM-DADT-HIII-RAAN-ESSALUD-CH-2015:
  - ✓ Se solicitó a la div. de Ingeniería Hospitalaria la adecuación de la farmacia de Centro Quirúrgico.
  - ✓ Se coordinó la realización del inventario de las existencias físicas.
- Con Carta No.133-SFARM-DADT-HIII-RAAN-ESSALUD-2015, presenta carta de requerimiento de equipamiento informático, electromecánico y logístico para la farmacia de material médico. Y Con Carta No.154-SFARM-DADT-HIII-RAAN-ESSALUD-2015, informa que fue denegado el requerimiento del equipamiento.
- Por Carta No.134-SFARM-DADT-HIII-RAAN-ESSALUD-2015, se informó que se tiene definidos los paquetes

quirúrgico pero no se implementan por falta de personal.

- Mediante Carta N° 015 -SFARM-DADT-HIII-RAAN-ESSALUD-CH-2016, informa:
  - ✓ Al mes de diciembre se ha registrado un ahorro institucional de 5.49%.
  - ✓ La principal causa que ha impedido el cumplimiento de sus actividades, son la falta de presupuesto para la contratación de personal y para la implementación de un área para la farmacia de material médico.

Para: Fortalecer la Prevención y Promoción de la Salud Materna - Perinatal en la Red Asistencial Ancash.

- Mediante Carta N° 063DMI-HIII-GRAAN-ESSALUD-2015, se informa el 15-03-2015, que la construcción de almacén del área de neonatología, fue calificado como un proyecto de inversión pública por lo que se necesita otro procedimiento.
- Mediante Carta N° 063-DMI-HIII-GRAAN-ESSALUD-2015, informa que se realizó la solicitud para la implementación de un equipo para producción de aire comprimido para el área de neonatología
- Con Carta N° 063DMI-HIII-GRAAN-ESSALUD-2015, adjunta copia de la guía de práctica clínica de hemorragia HIV LPV, en proceso de evaluación.
- Mediante Carta N° 063DMI-HIII-GRAAN-ESSALUD-2015, se informa la gestión de Compra de un (01) Ecógrafo Neonatal con Carta N° 060-DMI-HIII-GRAAN-ESSALUD-2015, mediante la modalidad de reposición de equipos asistenciales.
- Con Carta N° 063DMI-HIII-GRAAN-ESSALUD-2015, informa que los insumos para análisis cuantitativo para determinación de PCR se encuentra disponible pero que la procalcitonina se encuentra en proyecto de implementación debido a su alto costo.
- Con Carta No. 303-SGOB-DMI-DHIII-GRAAN-ESSALUD-2015, presenta proyecto para la implementación de la creación e implementación de la Unidad de Monitoreo Fetal.
- Con Carta No.304-SGOB-DMI-HIII-GRAAN-ESSALUD-2015, presenta proyecto de curso taller de optimización y actualización de prioridades de ultrasonografia gineco obstétrica, para diciembre 2015.
- Al cierre del 2015, se tiene 507 abortos, una tasa de mortalidad perinatal del 15.84 y un tasa de mortalidad perinatal por bajo de 10.83 en el H III Chimbote.

Para: Implementar acciones para fortalecer el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en los EESS

- Mediante Carta N° 384-OCP y AP-GRAAN-ESSALUD-2015, se informa:
  - ✓ Realización de la primera reunión de "Actualización con la nueva normatividad para TB" (26-03-2015).
  - ✓ Se elaboró el Plan de Supervisión a los EESS sobre la operatividad del Programa de prevención y Control de la Tuberculosis.
  - ✓ Se visitó al H I Cono Sur y Cap II San Jacinto.
  - ✓ Se tiene el informe del Día Mundial de Lucha Contra la Tuberculosis" - Plan Comunicacional de TB.
- Mediante Carta No. 832-OCPyAP-GRAAN-ESSALUD-2015, se hace de conocimiento que la propuesta de mejoramiento de infraestructura del Programa de Prevención y control de tuberculosis del Policlínico de Complejidad Creciente Víctor Panta Rodríguez, cuenta con un proveedor ganador.
- Mediante Carta N° 018-OCP y AP-GRAAN-ESSALUD-2016, se informa sobre la segunda reunión de actualización los días 17, 18 y 19 de Dic. 2015, además informa que se realizó la evaluación a los CAS, donde cada director sustentó los indicadores operacionales.
- Se ejecutaron 7761 captaciones de sintomáticos respiratorios identificados del total de atenciones en mayores de 15 años. Logrando el 2.52% del total de atenciones lo que representa el 84% de la meta al IV trimestre 2015.

Para: Implementar Acciones para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de las ITS-VIH/SIDA

- Mediante Carta N° 384-OCP y AP-GRAAN-ESSALUD-2015, se informó las coordinaciones con MINSA para proporcionar por dos meses la Adquisición de pruebas rápidas.
- Mediante Carta No.018-OCPyAP-GRAAN-ESSALUD-2015, se informó de la segunda reunión Técnicas de evaluación del programa de ITS-VIH /SIDA y Actualización sobre manejo Integral del Paciente con ITS-VIH/SIDA dirigido a: médicos, enfermera, psicólogo, nutricionista y asistenta social del Programa de ITS-VIH/SIDA de los EESS de la Red Asistencial, el 17,18 y 19 de diciembre.
- Mediante Carta N° 384-OCP y AP-GRAAN-ESSALUD-2015, se informa de los servicios tercerizados por el Laboratorio Clínico Blufstein (realiza los servicios de diagnóstico VIH/SIDA, de diagnóstico pacientes de carga viral para Hepatitis B, servicios de diagnóstico de carga viral para Hepatitis C.
- Mediante Carta No.018-OCP y AP- GRAAN-ESSALUD-2015, se presenta el Informe operacional al IV trimestre, que indica que hubo 16716 pacientes de riesgo de VHI/SIDA, tamizados, al IV trimestre, lo que representa el 81, 57% de la meta programada.

Red Asistencial ANCASH

Comité de Hospitalización del H III Chimbote (CHHIII)

- ✓ Se aprobó las bases del CP 1516P00001 "Contratación del Servicio de Recolección, Transporte y Disposición final de Residuos Sólidos Contaminantes de los CAA de la RAAN - 2015-2016", por el periodo de 12 meses, con valor referencial de S/. 509,400.00, incluido IGV
- ✓ Se conformó el "Comité Formulador para la Elaboración del Plan Director de Inversión de la RAS Ancash"
- ✓ Se conformó el Equipo de Mejora Continua de la Calidad para el despliegue de la Planificación y Ejecución del Proyecto de Mejora Continua en la Unidad Renal del H III Chimbote.

En el mes de Junio

- ✓ Se aprobó el Expediente Técnico de la Obra "Mejoramiento del Servicio de Medicina - Hospitalización del H III - Chimbote de la RAS Ancash"

En el mes de Julio

- ✓ Se conformó el Comité de Categorización de los establecimientos de salud de la RAS Ancash
- ✓ Se ratificó al Comité para la Revisión y Validación de Guías de Práctica Clínica de la RAS Ancash
- ✓ Se conformó la Comisión Técnica Operativa para la Implementación y Funcionamiento del Lactario Institucional de la RAS Ancash.
- ✓ Se conformó el Comité para Manejo de Residuos Sólidos de la RAS Ancash
- ✓ En cumplimiento a lo dispuesto en la Directiva N° 06-GCPS-ESSALUD-2014, se reconformó el Comité de Prevención y Análisis de la Mortalidad Materna de la RAS Ancash
- ✓ En cumplimiento a la Directiva Lineamientos para la Conformación de Comisiones de Eventos Centinela en los CAS de EsSalud, se reconformó la Comisión de Eventos Centinela del H III Chimbote
- ✓ Se conformó el Grupo de Trabajo encargado de promover el Código de Ética de la Función Pública, así como el Código de Ética del Personal del Seguro Social de Salud – RAS Ancash

En el mes de Setiembre

- ✓ Se conformó el Comité Evaluador del Programa "Personas que Dejan Huella"
- ✓ Se constituyó el Sub Comité de Implementación del Sistema de Control Interno en la RAS Ancash
- ✓ Se reconformó el Comité de Reforma de Vida para Síndrome Metabólico RAS Ancash.
- ✓ Se reconformó el Comité de Ética en Investigación de la RAS Ancash.

En el mes de Octubre

- ✓ Se aprobó el Plan de Respuesta ante Situaciones de Emergencia y Desastres del H I Cono Sur de la RAS Ancash
- ✓ Se designaron a los profesionales de la salud, como Médicos de Control del H III Chimbote de la RAS Ancash
- ✓ Se aprobó el Plan de Respuesta ante Situaciones de Emergencia y Desastres del H III Chimbote de la RAS Ancash
- ✓ Se conformó el Comité Local de Intercambio Prestacional Convenio EsSalud y DIRESA.
- ✓ Se conformó el "Grupo de Trabajo de Gestión de Riesgo" de la PM Cabana, PM Pampas, PM Conchucos, de la RAS Ancash
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria en Enfermería, del H III Chimbote, del H I Cono Sur, de la RAS Ancash
- ✓ Se reconformó el Comité de investigación de la RAS Ancash
- ✓ Se ratificó a los integrantes del Comité de Farmacológico de la RAS Ancash
- ✓ Se ratificó a los integrantes del Comité de Farmacovigilancia de la RAS Ancash
- ✓ Se conformó el Comité de Salud Mental de la RAS Ancash 2015-2016
- ✓ Se conformó el Comité Farmacoterapeutico del Policlínico de Complejidad Creciente Victor Panta Rodriguez de la RAS Ancash

En el mes de Noviembre

- ✓ Se reconformó el Equipo de Mejora Continua de la Calidad, para el despliegue de la Planificación y Ejecución del Proyecto de Mejora Continua, en la Unidad Renal del H III Chimbote.
- ✓ Se aprobó la Implementación del Proyecto de Mejora Continua "Mejora de los Procesos en el Servicio de Laboratorio Clínico a través de la Implementación Integral de un Sistema Integrado de Laboratorio - LIS", en el del H III Chimbote.
- ✓ Se aprobó la Implementación del Proyecto de Mejora Continua "Optimización de Procesos para Mejorar la Eficacia de la Anticoagulación Oral en los pacientes con Fibrilación Auricular del H III Chimbote"
- ✓ Se aprobó la Implementación del Proyecto de Mejora Continua "Alta Tasa de Morbimortalidad y Complicaciones en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal - IRCT en Diálisis", en el H III Chimbote.
- ✓ Se reconformó la Comisión de Eventos Centinela del H III Chimbote

V°B° V. REYNA Gerente - ESSALUD

V°B° Ing. A. ROJAS - ESSALUD

V°B° Econ. A. Verástegui Subgerente - ESSALUD

Red Asistencial ANCASH

- Mediante Carta No.353-DM-DIII-CH-GRAAN-ESSALUD-2015, propuesta para la ampliación del área de laboratorio de Patología Clínica y Anatomo patológica en Medicina Molecular a la Gerencia de la RAS Ancash y a la Dirección del H III.

Para. Mejorar la Recuperación de Deuda no Contributiva y de Terceros en la Red Asistencial Ancash.

- Mediante Carta No. 679-GCGF-ESSALUD-2015, la Gerencia Central de Gestión Financiera asignó la meta de Recuperación de deuda no tributaria para la Red Asistencial Ancash.
- Mediante Carta No. 807-GRAAN-ESSALUD-2015, se solicitó a la Gerencia de Cobranzas y Recuperaciones, la autorización de contratación de 01 ejecutor coactivo y 01 auxiliar coactivo.
- Mediante Carta No. 523-OADM-GRAAN-ESSALUD-2015, se informó que el área de créditos y cobranzas con el apoyo de la sede central viene realizando el trabajo de validación en los CAS.
- Mediante Carta N° 10-DF-OADM-GRAAN-ESSALUD-2016, informa que al 31 de diciembre de 2015 se ha recuperado la suma de S/.2'196,576.57, equivalente al 124.93% de la meta asignada:

Descripción	Cartera al 31.12.2014	Meta 2015		Recuperación	% de Avance
		Importe	%		
Ingresos de Terceros	3'514,644	274'313	7.80%	645,018.77	235.14%
Reembolso Empleadores Morosos	13'203,432	1'483,896	11.24%	1'551,557.80	104.56%
Total	**16'718,076**	**1'758,209**	**10.52%**	**2'196,576.57**	**124.93%**

Gestión de la RAS

En el mes de Febrero

- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Odontológica
- ✓ Se reconformó el Comité de Auditoría Médica del H I Cono Sur y del H III Chimbote de la RAS Ancash
- ✓ Para la implementación delos Lineamientos de la Cruzada por la Humanización de la Atención en Salud, se conformó el Comité de Humanización de la RAS Ancash
- ✓ Se reconformó el Equipo de Acreditación del H I Cono Sur

En el mes de Marzo

- ✓ Se conformó la Comisión Médica Calificadora de Incapacidades de la Ley N° 26790 – RAS Ancash
- ✓ Se conformó el Comité de Infecciones Intrahospitalarias de la RAS Ancash
- ✓ Se reconformó el Equipo Rondas de Seguridad del H I Cono Sur y H III Chimbote

En el mes Abril

- ✓ Se conformó el Comité de Bioseguridad de la RAS Ancash
- ✓ Se conformó el Comité de Gestión de la RAS Ancash
- ✓ Se aprobó la reconformación del Comité encargado de Supervisión de los Servicios Contratados de Hemodiálisis
- ✓ Se ratificó al Comité de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente del HI Cono Sur, H III Chimbote de la RAS Ancash.
- ✓ Se conformó el Sub Comité de Implementación del Sistema de Control Interno en la RAS Ancash

En el mes de Mayo

- ✓ Se conformó el Comité Evaluador Interno de la RAS Ancash
- ✓ Se conformó el Comité de Farmacovigilancia del Policlínico de Complejidad Creciente "Víctor Panta Rodríguez" de la RAS Ancash.
- ✓ Conformación del Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo del Policlínico de Complejidad Creciente "Víctor Panta Rodríguez" de la RAS Ancash.
- ✓ Se conformó el Comité de Referencias y Contrarreferencias del Policlínico de Complejidad Creciente "Víctor Panta Rodríguez" de la RAS Ancash.
- ✓ Se reconformó el Comité de Salud Renal del Policlínico de Complejidad Creciente "Víctor Panta Rodríguez" de la RAS Ancash.
- ✓ Se aprobó la reconformación del Comité de Salud Mental del Policlínico de Complejidad Creciente "Víctor Panta Rodríguez" de la RAS Ancash.
- ✓ Se conformó el Comité de Prevención y Control de Tuberculosis del Policlínico de Complejidad Creciente "Víctor Panta Rodríguez" de la RAS Ancash.
- ✓ Para la actualización de aplicativo informático de camas hospitalarias (RES. 058-GCPS-2009) se conformó del

Gerencia de Planeamiento Corporativo-GCPD VºBº V. REYNA Gerente ESSALUD

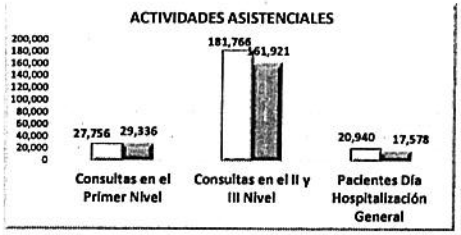
Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo VºBº Ing. A. ROJAS ESSALUD

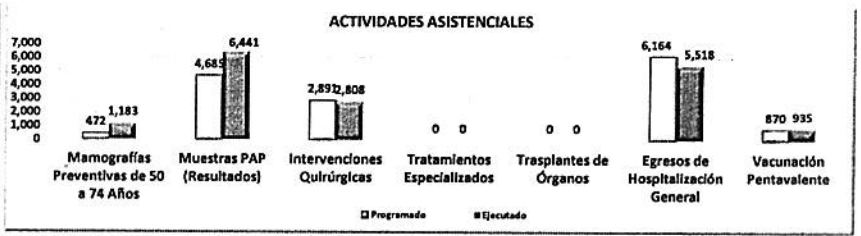
Gerencia Central de Control y Evaluación de la Gestión-GCCGD VºBº Econ. A. Verástegui SubGerente ESSALUD

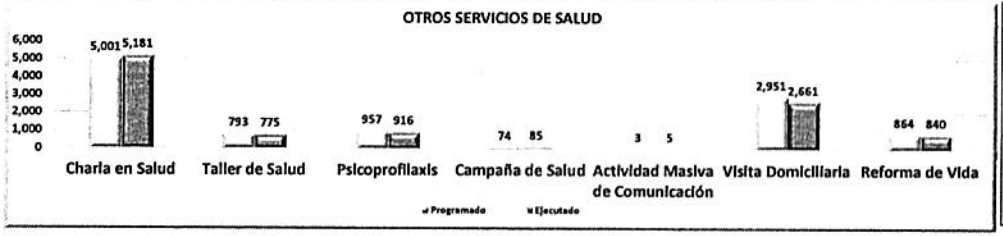
Evaluación del Plan Operativo Institucional 2015 - Desagregado
Red Asistencial APURIMAC

ACTIVIDADES OPERATIVAS - ASISTENCIALES

	PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD	UNIDAD DE MEDIDA	Al IV Trimestre		Cumplimiento %
			Programado	Ejecutado	
1	Consultas en el Primer Nivel	Consultas	27,756	29,336	106%
2	Consultas en el II y III Nivel	Consultas	181,766	161,921	89%
9	Pacientes Día Hospitalización General	Paciente día	20,940	17,578	84%
3	Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años	Mamografías preventivas con resultado	472	1,183	251%
4	Muestras PAP (Resultados)	Exámenes PAP con resultado	4,685	6,441	137%
5	Intervenciones Quirúrgicas	Intervenciones Quirúrgicas	2,891	2,808	97%
6	Tratamientos Especializados	Tratamientos Especializados	0	0	0%
7	Trasplantes de Órganos	Trasplantes	0	0	0%
8	Egresos de Hospitalización General	Egresos	6,164	5,518	90%
10	Vacunación Pentavalente	Vacunas (3° dosis)	870	935	107%
11	Otros servicios de Salud				
11.1	Charla en Salud	Charlas	5,001	5,181	104%
11.2	Taller de Salud	Sesiones	793	775	98%
11.3	Psicoprofilaxis	Sesiones	957	916	96%
11.4	Campaña de Salud	Campañas	74	85	115%
11.5	Actividad Masiva de Comunicación	Eventos	3	5	167%
11.6	Visita Domiciliaria	Visitas	2,951	2,661	90%
11.7	Reforma de Vida	Sesiones	864	840	97%







Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel >= 100% son: Consultas en el PN (106%), Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años (251%), Muestras PAP (137%) y Vacunación Pentavalente (107%). Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel de avance por debajo del 95% son las referidas a: Consulta en el II y III Nivel (89%), Egresos de Hospitalización Gral. (90%) y Pac. Día Hospitalización Gral. (84%).

De las 07 Actividades denominadas Otros Servicios de Salud, tres (03) muestran un avance >=100% y una (01) se encuentran con un nivel de avance menor al 95% siendo estas: Visita Domiciliaria (90%).

INICIATIVA DE GESTIÓN

Actividades

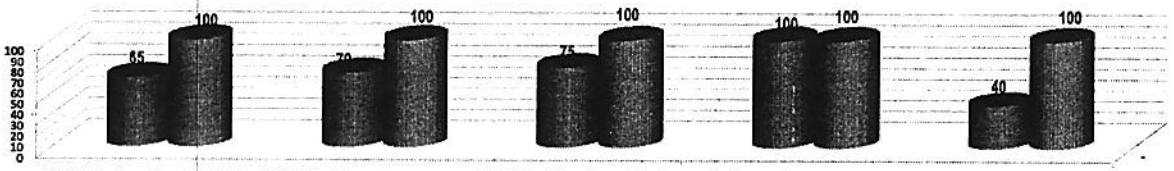
Iniciativa de Gestión	Responsable	Fec. Ini. RePlan	Fec. Fin RePlan	AVANCE POI - 2015 Valor %	Valor ganado	Valor planeado	Indice Plazo actual	REGULAR Hitos ejecutados N° HITOS	SI (100%)	NO (0 %)	AVANCE	Cumplimiento %
(15)26.Autoevaluar los EESS de la Red Asistencial Apurimac.	Waldo Reyes	01-mar	31-dic	100	65	100	0.65	5	4	1	0	80.00%
(15)27.Implementar nuevas herramientas de medición de la salud de la población asegurada.	Andrés Cosme Medina	03-ago	31-dic	100	70	100	0.7	7	5	2	0	71.43%
(15)28.Realizar el Estudio de estimacion de carga enfermedad y lesiones en la población asegurada de	Cosme Medina	01-jul	31-dic	100	75	100	0.75	4	3	1	0	75.00%
(15)29.Implementar un programa de sistema de calidad de eventos adversos en los EESS.	Gladys Aacue	02-mar	30-dic	100	100	100	1	5	5	0	0	100.00%
(15)30.Implementar el Modelo de Salud Familiar y Comunitario en EsSalud: ESSALUD FAMILIA	Liduvina Gonzalez	30-mar	31-dic	100	40	100	0.4	7	3	4	0	42.86%
Iniciativa de Gestión		01-mar	31-dic	100	70.00	100.00	0.7000	28	20	8	0	71.43%

Mediante Resolución N° 40-D-RAAP-EsSalud-2015, se conformó el Equipo de Acreditación del Hospital Base II Abancay. Por Resolución N° 159-D-RAAP-EsSalud-2014, se nombran a los Evaluadores Internos del Hospital Base II Abancay.

1)Informe final de autoevaluación del H II Abancay y H I Andahuaylas, Informe N° 003-UPCYRM-OPC-RAAP-2015. 2)Informe monitoreo de implementación de recomendaciones en base a la autoevaluación del H II Abancay y H I Andahuaylas 2015. 3)Informe de evaluación anual del proceso de autoevaluación del H II Abancay y H I Andahuaylas 2015

1)Mediante RD N° 84 -D-RAAP-ESSALUD-2015, se conformó el Comité de Calidad de la RAS Apurímac. 2)Plan Anual de la Calidad de la RAS Apurímac, del H II Abancay y H I Andahuaylas. 3)Se cuenta con el diagnostico de Eventos Adversos como parte de la implementación del Sistema de Calidad. 4)Se Implementaron 05 Planes de Mejora en el H II Abancay y en el H I Andahuaylas. 5)Se elaboró el informe de evaluación anual sobre la implementación del Sistema de Calidad de Eventos Adversos.

1)Informe de diagnóstico familiar de la red asistencial Apurímac sobre el modelo de salud familiar y comunitario de EsSalud. 2)Informe de implementación de planes de intervención elaborados para la red asistencial Apurímac sobre el modelo de salud familiar y comunitario en EsSalud. 3)Informe de aplicación de planes de intervención sobre el modelo de salud familiar y comunitaria en EsSalud familia "cuidado integral de todos para todos".





V°B° Ing. A. ROJAS - ESSALUD - GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y DESARROLLO

V°B° Econ. A. Varaciegui SubGerente - ESSALUD - GERENCIA DE EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN GRAFICO

V°B° V. REYNA Gerente - ESSALUD - Gerencia de Planeamiento Corporativo

Patron de Comportamiento de los Indicadores del POI - FONAFE de la Red Asistencial APURIMAC

1. Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva del I Nivel de Atención	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Ratio	0.20	0.15

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

2. Diferimiento de Citas Consulta Externa pacientes referidos del I al III Nivel	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	15	15

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

3. Promedio de Permanencia en Hospitalización General	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	3.17	3.17

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

4. Porcentaje de Pacientes en Sala de Observación < = 24 Horas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Porcentaje (%)	100.00%	98.00%

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

5. Tiempo de Espera de Intervención Quirúrgica	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	25	25

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

6. Cobertura de Tamizaje de Cancer de Cuello Uterino	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	30.00%	19.63%

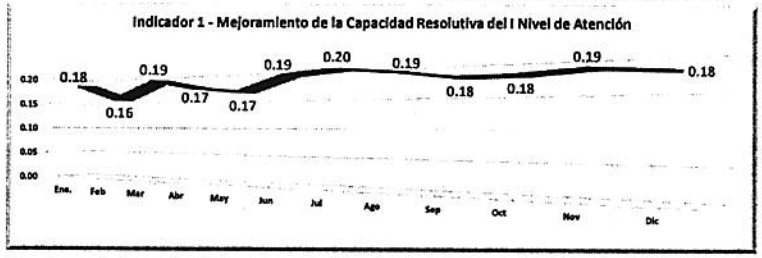
Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

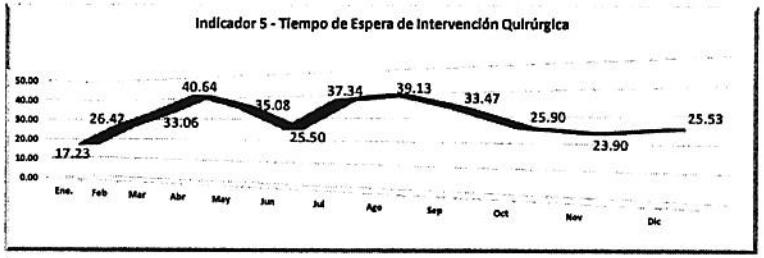
7. Cobertura de Tamizaje de Mamografías Preventivas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	25.00%	8.07%

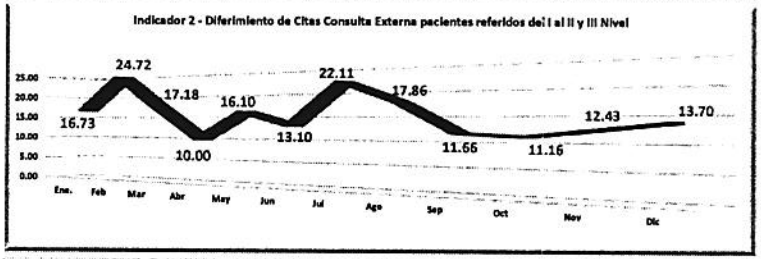
Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

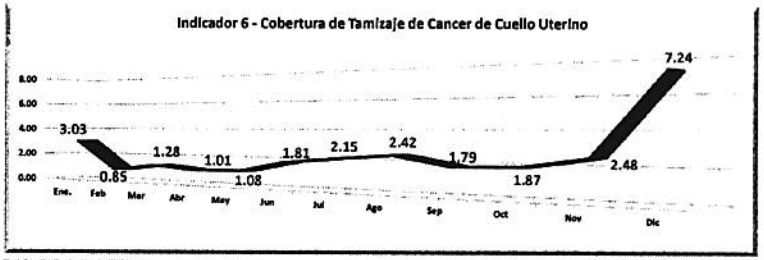
8. Cobertura de Vacunación Pentavalente (3era dosis)	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	85.00%	73.67%

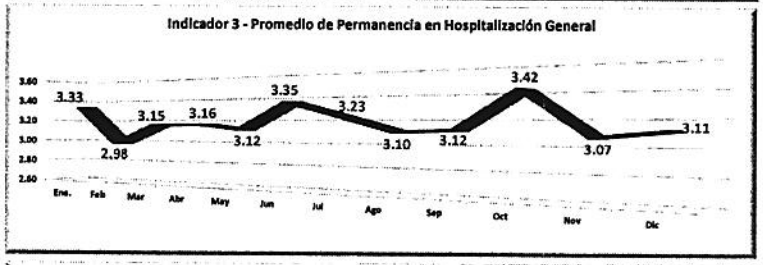
Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

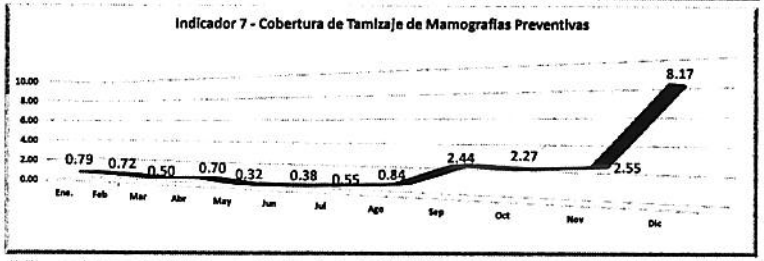


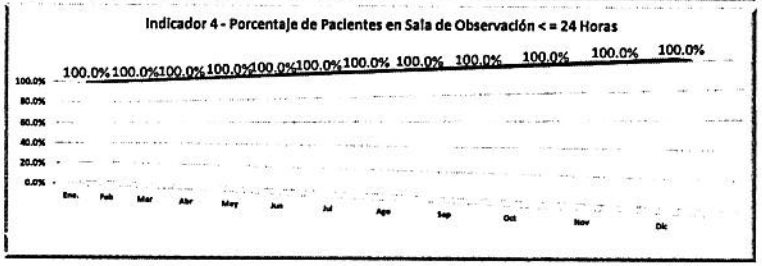


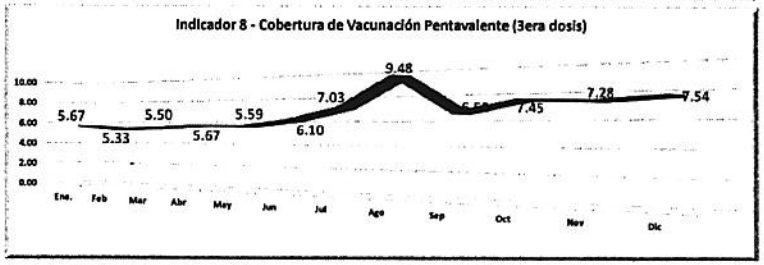






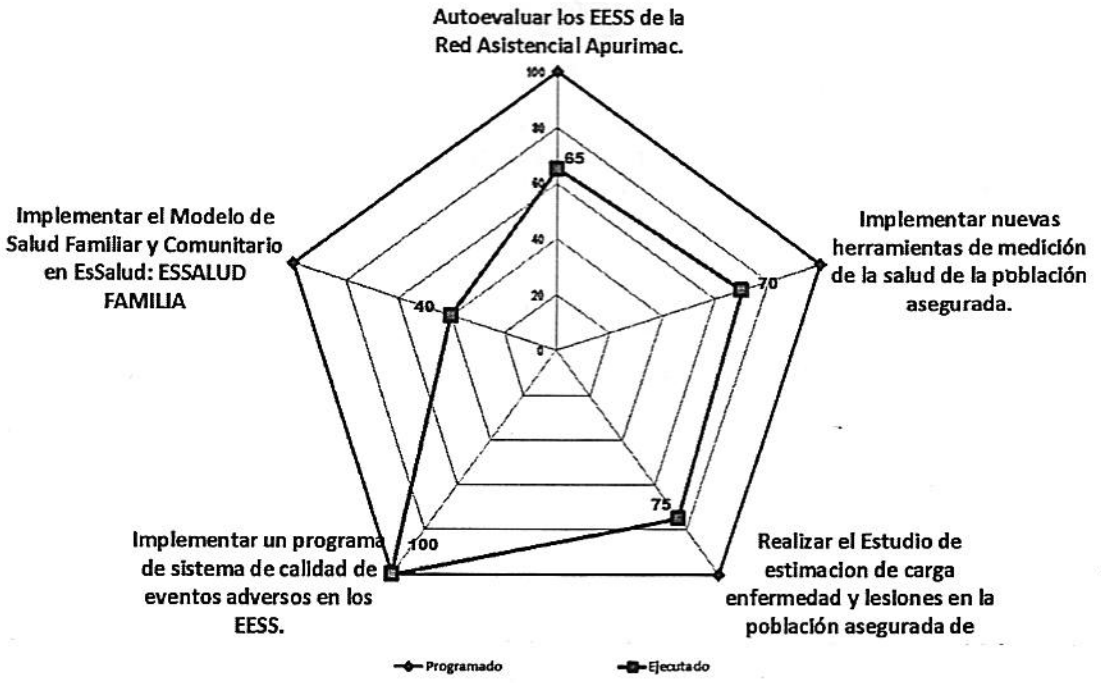






Red Asistencial APURIMAC

Actividades Desarrolladas para el cumplimiento de la Iniciativas de Gestión



Para: Autoevaluar los EESS de la Red Asistencial Apurímac.

- Mediante RD N° 40-D-RAAP-ESSALUD-2015, se conformó el equipo de acreditación del HII Abancay. RD N° 159-D-RAAP-ESSALUD-2014 - evaluadores internos del H II Abancay
- Informe final de autoevaluación del H II Abancay y H I Andahuaylas, Informe N° 003-UPCYRM-OPC-RAAP-2015
- Informe monitoreo de implementación de recomendaciones en base a la autoevaluación del H II Abancay y H I Andahuaylas 2015
- Informe de evaluación anual del proceso de autoevaluación del H II Abancay y H I Andahuaylas 2015

Para: Implementar nuevas herramientas de medición de la salud de la población asegurada.

- Informe de definición de daños trazadores aplicando indicadores de hospitalización evitables y mortalidad evitable.
- Informe de monitoreo de indicadores de proceso sobre mortalidad y hospitalizaciones evitables en los CAP de la RAS Apurímac
- Evaluación de indicadores de proceso sobre mortalidad y hospitalización evitables en EsSalud
- Informe de medición de los años de vida saludables perdidos por la determinante de la salud.

Para: Realizar el Estudio de estimación de carga enfermedad y lesiones en la población asegurada de

- Informe de capacitación en la metodología para el análisis de estudio de carga enfermedad de la RAS Apurímac.
- Informe de taller de réplica en los EESS de la RAS Apurímac sobre carga de enfermedad
- Elaboración del informe anual del análisis de Estudio de Carga Enfermedad en la RAS Apurímac.

Para: Implementar un programa de sistema de calidad de eventos adversos en los EESS.

- Mediante RD N° 84 -D-RAAP-ESSALUD-2015, se conformó el Comité de Calidad de la RAS Apurímac
- Plan Anual de la Calidad de la RAS Apurímac, del H II Abancay y H I Andahuaylas
- Se cuenta con el diagnostico de Eventos Adversos como parte de la implementación del Sistema de Calidad
- Se implementaron 05 Planes de Mejora en el H II Abancay y en el H I Andahuaylas
- Se elaboró el informe de evaluación anual sobre la implementación del Sistema de Calidad de Eventos Adversos.

Para: Implementar el Modelo de Salud Familiar y Comunitario en EsSalud: ESSALUD FAMILIA

- Informe de diagnóstico familiar de la red asistencial Apurímac sobre el modelo de salud familiar y comunitario de EsSalud

Red Asistencial APURIMAC

- Informe de implementación de planes de intervención elaborados para la red asistencial Apurímac sobre el modelo de salud familiar y comunitario en EsSalud
- Informe de aplicación de planes de intervención sobre el modelo de salud familiar y comunitaria en EsSalud familia "cuidado integral de todos para todos".

Gestión de la RAS

En el mes de Enero
- ✓ Se conformó el Comité de Historias Clínicas del H II de Abancay
- ✓ Se aprobó el Plan de Contingencia para Temporada de lluvias y riesgo de desastres o fenómenos extremos 2015
- ✓ Se conformó el Comité Farmacológico de la RAS Apurímac y H I Andahuaylas

En el mes de Febrero
- ✓ Se conformó el Comité Medico de Auditoria de Incapacidades - COMAI
- ✓ Se conformó el Comité de Programa Reforma de Vida Renovada H I Andahuaylas
- ✓ Se conformó el Comité de auditoría odontológica del H II Abancay y del H I Andahuaylas
- ✓ Se conformó el Comité de auditoría medica del H II Abancay y del H I Andahuaylas
- ✓ Se designó a los miembros del Comité Medico de Auditoria de Incapacidades – COMAI

En el mes de Marzo
- ✓ Se constituye el Comité Técnico Operativo de Lactario de la RAS Apurímac
- ✓ Se conformó el Comité de Hospitalización
- ✓ Se conformó el Comité de Farmacovigilancia
- ✓ Se conformó el Comité de Investigación
- ✓ Se designó al Equipo de Rondas de Seguridad H I Andahuaylas
- ✓ Se conformó el Comité de calidad y seguridad del paciente
- ✓ Se conformó el Comité de Atención de Contingencia frente a Paralización de Funciones de los trabajadores Abancay – Andahuaylas

En el mes de Abril
- ✓ Se conformó el Equipo de Trabajo para la IPERC (Identificación de Peligros, Evaluación y Control del H II Abancay de la RAS Apurímac)

En el mes de Mayo
- ✓ Se conformó el Comité Técnico de formulación del Plan Director de Inversiones de la RAS Apurímac

En el mes de Mayo
- ✓ Se constituyó el Comité Técnico de Acuerdos y Compromisos de Gestión.

En el mes Julio
- ✓ Se conformó el Comité de Prevención y Análisis de la Mortalidad Materna de la RAS Apurímac
- ✓ Se designó a los integrantes del Comité Técnico Quirúrgico de la RAS Apurímac
- ✓ Se constituyó el Sub-Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo

En el mes de Setiembre y Octubre
- ✓ Se conformó el Comité Evaluador del Programa Personas que Dejan Huella en la RAAP 2015: siendo los premiados: Jimmy Llerena Cáceres y Luz Marina Atapaucar Obando
- ✓ Reconocimiento oficial de Lactario Institucional
- ✓ Se conformó el Comité de Referencia y Contrarreferencias
- ✓ Se conformó el Grupo de Trabajo de Gestión del Riesgo del H II Abancay
- ✓ Se conformó el Equipo de Investigación y Análisis de Eventos Adversos de los diferentes servicios del H II Abancay
- ✓ Se aprobó el Plan de Manejo de Residuos Sólidos del H II Abancay
- ✓ Se aprobó el Plan de Manejo de Infecciones Intrahospitalarias
- ✓ Se aprobó el Plan de Operaciones de Emergencia del H II Abancay
- ✓ Se aprobó el Plan de Contingencia frente al Fenómeno El Niño

Gerencia de Planeamiento Corporativo-GCPD V°B° V. REYNA Gerente ESSALUD

GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y DESARROLLO V°B° Ing. A. ROJAS ESSALUD

GERENCIA CONTROL Y EVALUACION DE LA GESTION-GCPD V°B° Econ. A. Verástegui SubGerente ESSALUD

Red Asistencial APURIMAC

- ✓ Se aprobó el Plan el Manual de Bioseguridad

En el mes de Noviembre

- ✓ Se conformó los Equipos Técnicos de la aplicación de la metodológica de las desigualdades en salud de los H II Abancay y H I Andahuaylas de la RAS Apurímac
- ✓ Se designó a los miembros del Comité de Auditoria en Enfermería del H II Abancay
- ✓ Se conformó el Comité de Hemoterapia y Banco de Sangre del H II Abancay
- ✓ Se conformé el Equipo de Acreditación del H II Abancay de la RAS Apurímac

En el mes de Diciembre

- ✓ Implementar en los hospitales de Abancay y Andahuaylas de la RAS Apurímac la asignación de 20 minutos para la entrega y recepción de turno a favor de los obstetras.
- ✓ Se aprobó el Plan de Trabajo para implementar el Sistema de Control Interno de la RAS Apurímac

Principales Gastos Logísticos (PAC – 2015)

Descripción (*)	Tipo de proceso	Valor estimado S/.
Servicio de supervisores y operadores de EsSalud en línea para la RAS Apurímac	ADP	350,698.70
Servicio de mantenimiento de infraestructura para la RAS Apurímac	AMC	612,468.00
Servicio de mantenimiento: preventivo y correctivo especializado de equipos biomédicos, electromecánicos	CP	755,330.00
Total		1'718,496.70

(*) Periodos de 12 meses

Principales Cursos Talleres llevados a cabo

1. Taller En Atención De Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal, dirigido a 25 participantes. (S/. 3,341)
2. Curso de Cirugía Laparoscópica, dirigido a 30 participantes. (S/. 2,293.4)
3. Taller de Lectura e interpretación de Tomografía computada, dirigido a 30 participantes. (S/. 2,338.4)
4. Calidad y Seguridad del Paciente, dirigido a 30 participantes. (S/. 2,794.7)
5. Consejería en Salud., dirigido a 40 participantes. (S/. 2621.2)
6. Estandarización de Antropometría, dirigido a 30 participantes. (S/. 5,172.4)
7. Soporte Básico trauma y Colectivas, dirigido a 35 participantes. (S/. 3,157.8)
8. Soporte Avanzado Trauma y Masivas, dirigido a 35 participantes. (S/. 3,157.8)

V°B° V. REYNA Gerente

V°B° Ing. A. ROJAS

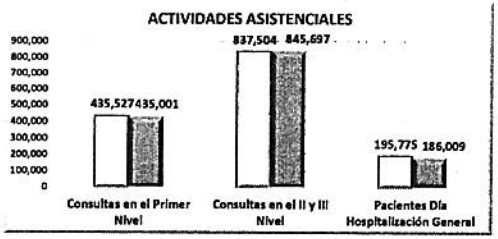
V°B° Econ. A. Verástegui SubGerente

Evaluación del Plan Operativo Institucional 2015 - Desagregado

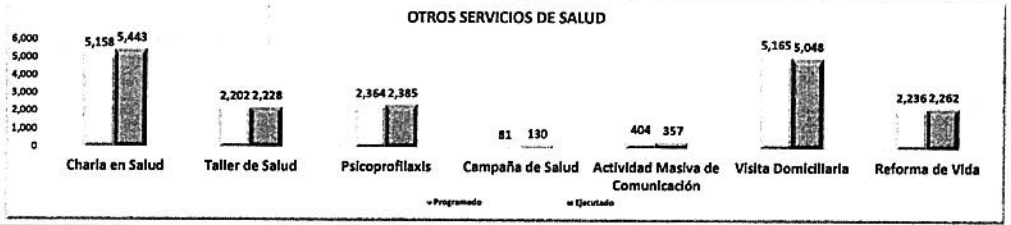
Red Asistencial AREQUIPA

ACTIVIDADES OPERATIVAS - ASISTENCIALES

	PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD	UNIDAD DE MEDIDA	AI IV Trimestre		Cumplimiento %
			Programado	Ejecutado	
1	Consultas en el Primer Nivel	Consultas	435,527	435,001	100%
2	Consultas en el II y III Nivel	Consultas	837,504	845,697	101%
9	Pacientes Día Hospitalización General	Paciente día	195,775	186,009	95%
3	Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años	Mamografías preventivas con resultado	13,014	13,346	103%
4	Muestras PAP (Resultados)	Exámenes PAP con resultado	35,202	37,760	107%
5	Intervenciones Quirúrgicas	Intervenciones Quirúrgicas	28,327	31,508	111%
6	Tratamientos Especializados	Tratamientos Especializados	57,268	62,218	109%
7	Trasplantes de Órganos	Trasplantes	19	17	89%
8	Egresos de Hospitalización General	Egresos	38,028	37,855	100%
10	Vacunación Pentavalente	Vacunas (3° dosis)	5,286	5,316	101%
11	Otros servicios de Salud				
11.1	Charla en Salud	Charlas	5,158	5,443	106%
11.2	Taller de Salud	Sesiones	2,202	2,228	101%
11.3	Psicoprofilaxis	Sesiones	2,364	2,385	101%
11.4	Campaña de Salud	Campañas	81	130	160%
11.5	Actividad Masiva de Comunicación	Eventos	404	357	88%
11.6	Visita Domiciliaria	Visitas	5,165	5,048	98%
11.7	Reforma de Vida	Sesiones	2,236	2,262	101%







Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel >= 100% son: Consultas en el PN (100%), Consultas en el II y III Nivel (101%), Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años (103%), Muestras PAP (107%), Interv.Qx. (111%), Tratamientos Especializados (109%), Egresos de Hospitalización Gral. (100%), Vacunación Pentavalente (101%). Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel de avance por debajo del 95% son las referidas a: Tx. Órganos (89%).

De las 07 Actividades denominadas Otros Servicios de Salud, cinco (05) muestran un avance >=100% y una (01) se encuentran con un nivel de avance menor al 95% siendo estas: Actividad Masiva de Comunicación (88%).

INICIATIVA DE GESTIÓN — AVANCE POI - 2015 — EXCELENTE

Actividades	Responsable	Fec. Ini. RePlan	Fec. Fin RePlan	Valor %	Valor ganado	Valor planeado	Index Plan actual	Hitos ejecutados N° HITOS	SI (100%)	NO (0 %)	AVANCE	Cumplimiento %
(15)31.Implementar el Intercambio prestacional SIS, MINSA - ESSALUD	Eddy Medina	02-mar	31-dic	100	100	100	1	4	4	0	0	100.00%
(15)32.Fortalecer la organización y el funcionamiento de los Servicios de Emergencia para la atención de los pacientes en los EESS de la RAS Arequipa	Juan Carlos Alvarez	02-mar	31-dic	100	100	100	1	5	5	0	0	100.00%
(15)33.Optimizar la Oferta de camas en los Hospitales de la Red Asistencial Arequipa	Eddy Medina	02-mar	31-dic	100	100	100	1	4	4	0	0	100.00%
(15)34.Optimizar las Unidades de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública en los EESS de la Red	Amparo Villanueva	02-mar	31-dic	100	100	100	1	4	4	0	0	100.00%
(15)35.Fortalecer las Prestaciones de Atención Primaria en Salud del niño, adolescente, adulto y mujer gestante en los EESS de Primer Nivel de la Red Asistencial Arequipa	Eddy Medina	02-mar	31-dic	100	100	100	1	4	4	0	0	100.00%
(15)36.Implementar la TELEMEDICINA evaluando la gestión en red y servicios de salud (Gestión Sanitaria)	Juan Manuel Ballido	02-mar	31-dic	100	100	100	1	3	3	0	0	100.00%
(15)37.Optimizar el uso de Medicamentos Especiales	Renato Sejuro	02-mar	31-dic	100	100	100	1	4	4	0	0	100.00%
Iniciativa de Gestión		02-mar	31-dic	100	100.00	100.00		28	28	0	0	100.00%

Para optimizar el uso de Medicamentos Especiales, se ha realizado el Diagnóstico Situacional y Plan de Trabajo para la evaluación y control de Medicamentos especiales involucrando al Comité Fármaco Terapéutico del HNCASE. (Comunicación Interna N 630-SF-DADT-HNCASE-GRAAR-EsSalud-2015).

El Implementar el Intercambio prestacional SIS, MINSA – ESSALUD, en la RAS Arequipa, nos permite realizar las siguientes acciones: 1) Se viene realizando las supervisiones a los CAS de la GERESA a la espera de la modificación del Convenio y/o de las Adendas, por parte de la Oficina de Atención Primaria y la OCPyAP. 2) Los procedimientos y actividades continúan realizándose hasta la aplicación del nuevo convenio de acuerdo a lo acordado por el Comité SIS-EsSalud-GERESA. 3) Lo referente al manejo de los padrones por el personal directivo y operativo del H II Mollendo ha sido capacitado para operativizar oportunamente los trámites de pagos, lo que se continuará. 4) Las validaciones prestacional previo pago de las atenciones realizadas por el MINSA, se continúan realizando, encontrándose en evaluación por parte de la GERESA y ESSALUD la revisión de las prestaciones ofertadas para la definición de las tarifas propuestas. (Carta N° 152-OCPyAP-GRAAR-ESSALUD-2015).

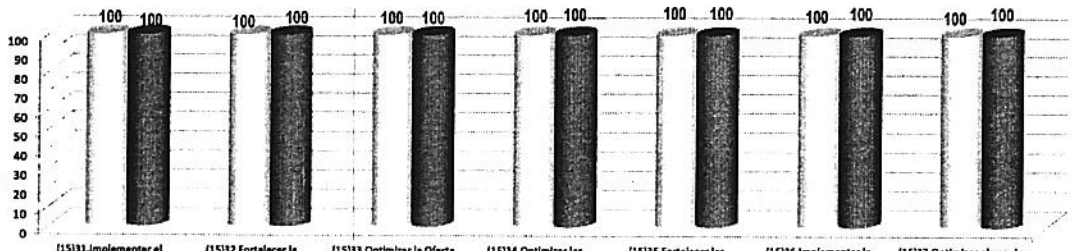
Con la finalidad de cumplir con optimizar la oferta de camas en los Hospitales de la Red Asistencial Arequipa, se viene realizando las siguientes acciones: 1) La Evaluación de pacientes con estancias prolongadas, son atendidas por los Comités de Hospitalización de los Centros Asistenciales (CHCAS) y se realiza refleja en el análisis de la Información estadística mensual. 2) Los CHCAS, realizan evaluaciones periódicas y permanentes sobre la ocupación de camas, considerando las Camas Básicas, Complejas y de Cuidados Especiales de la RAA. 3) Los CHCAS realizan análisis y evaluación del rendimiento de cama en cada hospital para viabilizar y atender las necesidades, se evalúa los indicadores Rendimiento y producción estadística. 4) Se mantiene contratación de 20 camas hospitalarias en promedio, en la Clínica Santa María, para casos de pacientes terminales y/o de pacientes post operados sin complicaciones. (Carta N° 151-OCPyAP-GRAAR-EsSalud-2015 y Carta Circular N 110-GRAAR-EsSalud-2015)

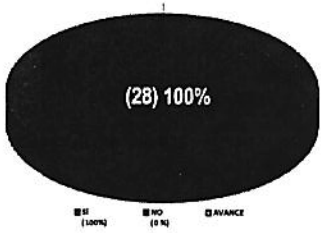
Para implementar la TELEMEDICINA evaluando la gestión en red y servicios de salud (Gestión Sanitaria), La Oficina de Soporte Informático, presento el Plan de Trabajo de implementación de Telemedicina en Hospitales de la Red como son HNCASE, Mollendo, Camana y otros. (Carta N 239-OSI-JOA-GRAAR-EsSalud-2015).

Para Fortalecer la organización y el funcionamiento de los Servicios de Emergencia para la atención de los pacientes en los EESS de la RAS Arequipa, se continúa la coordinación con los Directores de Hospitales de la RAAR, habiendo presentado sus Diagnósticos Situacionales el HNCASE, Yanahuara y Mollendo. (Carta N° 26 y 45-DEyCI-GC-GRAAR-EsSalud-2015).

Para optimizar las Unidades de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública en los EESS de la Red, se han realizado las siguientes acciones: 1) Se presentó el Plan de Trabajo para optimizar las Unidades de Vigilancia Epidemiológica en Salud, priorizando el requerimiento de recursos humanos para realizar la vigilancia epidemiológica. 2) Se han realizado talleres de capacitación con el personal de vigilancia epidemiológica y salud pública del HNCASE, programándose otro evento para el mes de Octubre como RAAR. 3) Se presentó el informe semestral de mortalidad ocurrida en la Red Asistencial Arequipa y en el HNCASE a nivel local y Lima, la falta de personal limita la oportunidad de los reportes. 4) Se cuenta con informes mensuales del HNCASE, de acuerdo al manual de cada sub sistema de vigilancia, se lleva a cabo actividades sobre alerta de rabia por mordedura de perro. (Cartas N° 2015, 259 y 260-OIS-OGyD-GRAAR-EsSalud-2015).

A fin de Fortalecer las Prestaciones de Atención Primaria en Salud del niño, adolescente, adulto y mujer gestante en los EESS de Primer Nivel de la RAS Arequipa, se han realizado las siguientes actividades: 1) Capacitación a los coordinadores y personal de los CAS en la aplicación e implementación de Actividades de Atención Primaria. 2) Evaluación e implementación de la Cartera Servicios de Complejidad Creciente: Trabajo realizado en Atención Integral de Salud en la Gestante y Durante el Puerperio y de Salud del Niño – Adolescente. 3) Desarrollo de Actividades Masivas de Salud Mental, Cartera de Servicios Salud Complejidad Creciente, Atención Integral de Salud en la Gestante y durante el Puerperio y de Salud del Niño y Adolescente. 4) Informe de coordinación para el cumplimiento de las metas de los Acuerdos de Gestión, Reportes de CSSCC, de Salud de Gestante y Puerperio, del Niño – Adolescente, del Joven, Adulto y Adulto Mayor (Salud Renal). (Carta N 153-OCPyAP-GRAAR-EsSalud-2015)





V°B° Ing. A. ROJAS – ESSALUD

V°B° Econ. A. Verástegui SubGerente – ESSALUD

V°B° V. REYNA Gerente – ESSALUD

Patron de Comportamiento de los Indicadores del POI - FONAFE de la Red Asistencial AREQUIPA

1. Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva del I Nivel de Atención	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Ratio	0.69	0.52

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

2. Diferimiento de Citas Consulta Externa pacientes referidos del I al III Nivel	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Días	14	14

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

3. Promedio de Permanencia en Hospitalización General	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Días	4.74	4.74

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

4. Porcentaje de Pacientes en Sala de Observación < = 24 Horas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Porcentaje (%)	75.00%	75.00%

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

5. Tiempo de Espera de Intervención Quirúrgica	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Días	45	45

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

6. Cobertura de Tamizaje de Cancer de Cuello Uterino	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Cobertura (%)	27.50%	18.82%

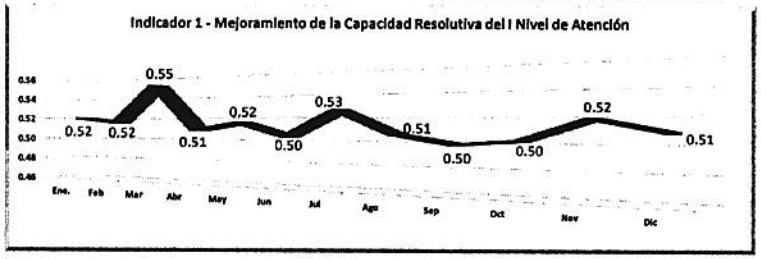
Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

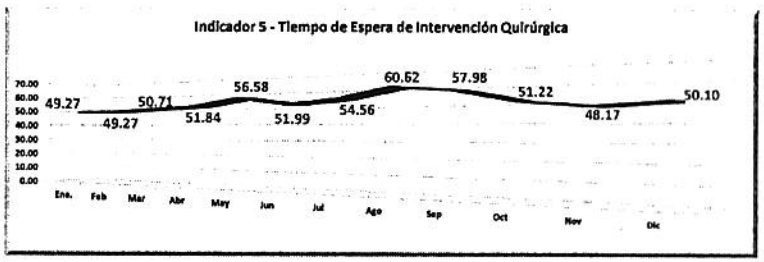
7. Cobertura de Tamizaje de Mamografías Preventivas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Cobertura (%)	25.00%	19.63%

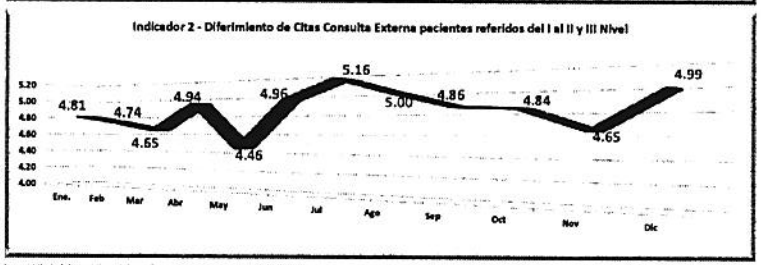
Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

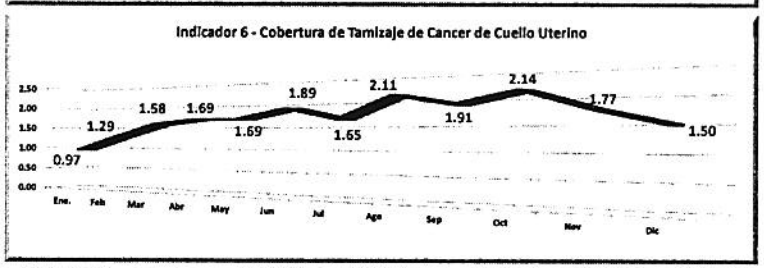
8. Cobertura de Vacunación Pentavalente (3era dosis)	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Cobertura (%)	80.00%	52.80%

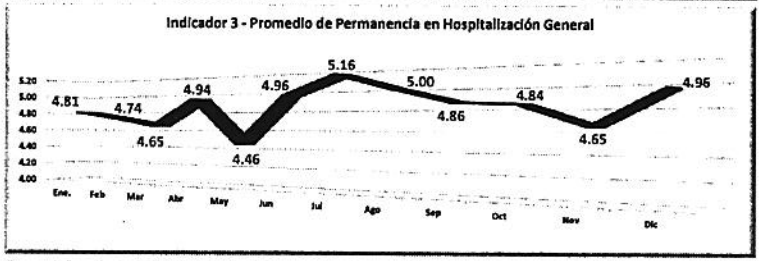
Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

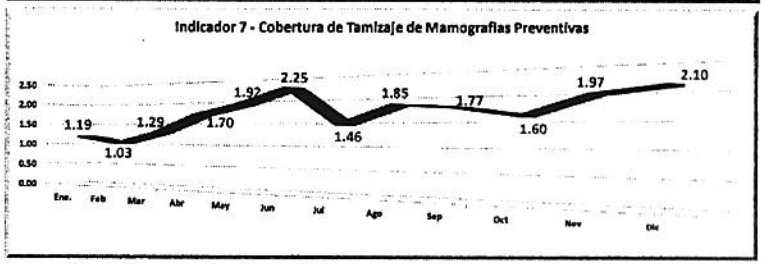


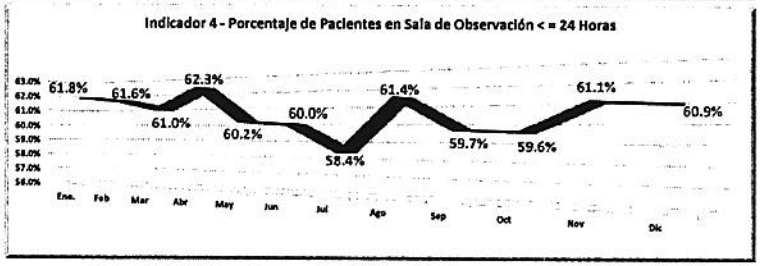


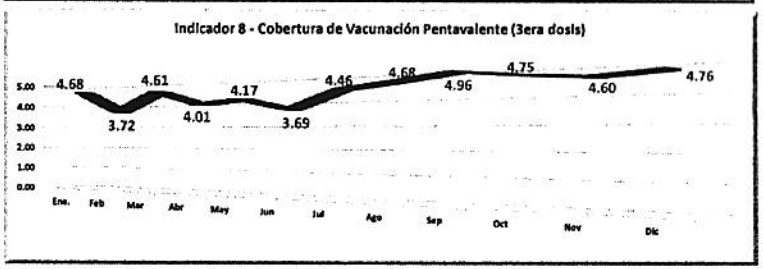












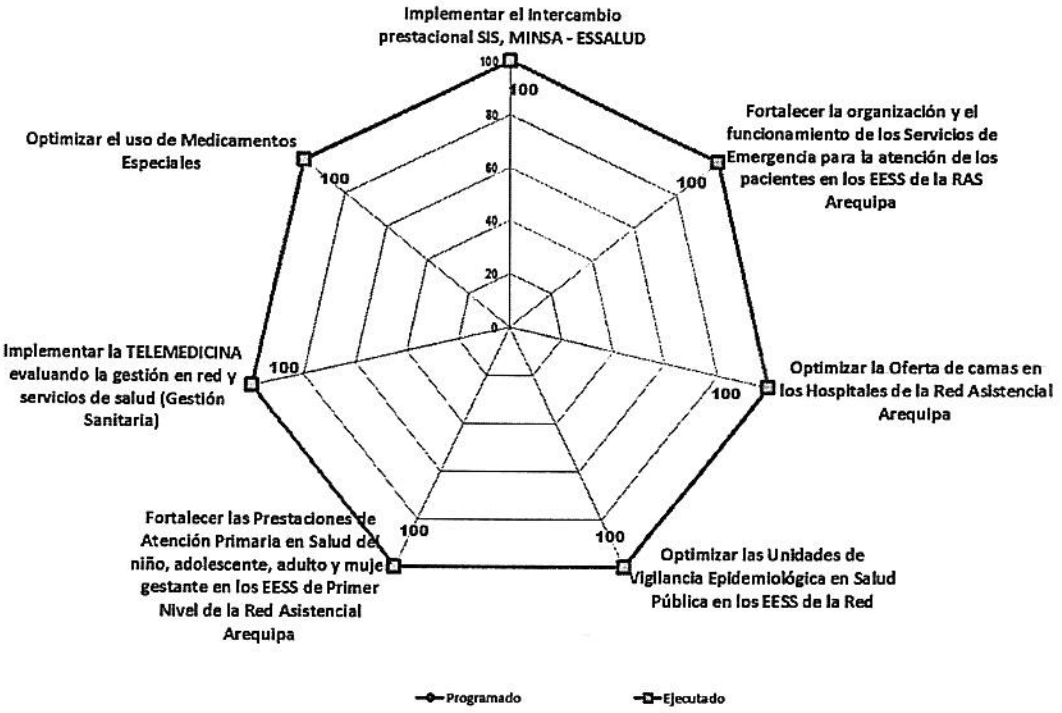
GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y DESARROLLO - ESSALUD - V°B° Ing. A. ROJAS

Gerencia de Planeamiento Corporativo GCPD - ESSALUD - V°B° V. REYNA Gerente

SG CONTROL Y EVALUACION DE LA GESTION GPC GCPD - ESSALUD - V°B° Econ. A. Verástegui SubGerente

Red Asistencial AREQUIPA

Actividades Desarrolladas para el cumplimiento de la Iniciativas de Gestión



Con respecto a las iniciativas de gestión se tiene:

1. Emisión de la Resolución de Gerencia de Red N° 689-GRAAR-ESSALUD-2015, que designa a los líderes responsables y dispone las medidas necesarias para garantizar su desarrollo, implementación y evaluación de las Iniciativas de Gestión e Hitos así mismo dispone a los funcionarios y directivos brinden los recursos financieros, físicos, materiales y humanos y el soporte técnico del ámbito de su competencia, dentro del marco normativo y procedimiento vigentes.

2. Para Implementar el intercambio prestacional SIS, MINSA – EsSalud, se elaboraron 10 informes referidos a la reducción de las referencias en el intercambio prestacional SIS, MINSA – EsSalud, así como, 10 informes sobre los EESS autoevaluados en el marco de la implementación del intercambio prestacional SIS, MINSA – EsSalud. En el mes de Octubre se ha culminado el Convenio de Intercambio Prestacional, debiendo formalizarse la suscripción de nuevos convenios.

3. Se presentaron 10 informes referidos a la disminución de la cantidad de Emergencia del HNCASE. Se realizan análisis y evaluaciones a los pacientes de observación en cada CAS, igualmente se coordina con la Oficina de Inteligencia Sanitaria para atender los reportes estadísticos al mes de Diciembre. Igualmente, a fin de fortalecer el Triaje, se ha recomendado realizar actividades y tareas de Triaje que permitan la oportuna y adecuada atención de los pacientes, cuyos resultados se reportan a los CAS para la toma de decisiones.
   Para la implementación del Servicio de Atención pre hospitalario y Transporte Asistido de Emergencias- STAE en el HNCASE, los CAS coordinan el uso de las ambulancias, considerando las referencias y contra referencias, eso nos ha permitido ver la necesidad de contar con ambulancias de última generación en el HNCASE y H I Yanahuara.

4. Optimizar la Oferta de Camas en los Hospitales de la RAS Arequipa, se han realizado 10 informes de monitoreo de optimización y mayor oferta de camas hospitalarias. Se contrataron 22 camas hospitalarias en la Clínica Santa María, para pacientes terminales y/o de pacientes post operados sin complicaciones, se realiza un diagnostico

Red Asistencial AREQUIPA

situacional para ajuste.

5. A fin de optimizar las Unidades de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública en los EESS de la Red, se elaboró y ejecutó el Plan de Trabajo correspondiente, mediante Resolución N° 841-GRAAR-ESSALUD-2015, se aprobó la propuesta de implementación y funcionamiento de las unidades funcionales de inteligencia sanitaria en el HBCASE, H III Yanahuara, H II Mollendo. H I Escomel, H I Camaná, Policlínico Metropolitano de la RAS Arequipa. Se realizó el Monitoreo Semanal de eventos de prioridades sanitarias, así como la difusión constante de eventos de interés epidemiológicos y de salud pública de la RAS; igualmente se emitió el informe del indicador de Prevalencia Puntual de Infecciones Intrahospitalarias, se continúa con las actividades sobre alerta por IRAS, EDAS y vectores ante el fenómeno del niño en la RAAR.

6. A fin de fortalecer las Prestaciones de Atención Primaria en Salud del niño, adolescente, adulto y mujer gestante en los EESS de Primer Nivel de la RAS Arequipa, se realizaron reuniones permanentes con los programas de reforma de vida, de Psicología y Coordinación de Atención Primaria. Se evaluó la implementación de la Cartera Servicios de Complejidad Creciente; Actividades de Promoción de Salud Mental, Implementación Normativa de Cáncer Ginecológico, Salud Sexual y Reproductiva EESS. Se realizaron supervisiones de Tamizaje de Papanicolau y Mamografía Preventiva, supervisión de la Cartera Mujer Gestante, Indicadores de Gestión, Cartera Niño, Adolescente, Adulto y Mayor, informe ICI SISMED.

7. Para la optimización del uso de Medicamentos Especiales, se realizó el Diagnóstico Situacional, a fin de cumplir con el objetivo, considerando el soporte logístico y controlar los medicamentos especiales involucrando al Comité Fármaco Terapéutico del HNCASE. Se tiene los listados de la evaluación y análisis de los MERS, los listados para la evaluación y análisis de los Medicamentos Fuera de Petitorio y los listados para la evaluación y análisis de los Medicamentos de Alto Costo, todos al mes de Diciembre, valorizados por servicios y por diagnósticos en el HNCASE, dentro del rango esperado.

8. A fin de implementar la TELEMEDICINA evaluando la gestión en red y servicios de salud (Gestión Sanitaria), La Oficina de Soporte Informático, presento el Plan de Trabajo para la implementación de Telemedicina en: HNCASE, H II Mollendo y H I Camaná. El servicio de Imagenología del HNCASE, presentó propuesta de equipos para visualizar las Imágenes en el Servicio, Emergencia y Servicios Críticos y Hospitalización Consulta Externa del HNCASE.

Gestión de la RAS

En el mes de Enero

- ✓ A fin de tener el abastecimiento oportuno de reactivos en el Servicio de Patología Clínica del HNCASE se aprobó el Manual de Procedimientos de Reposición de Stock de la RAS Arequipa

En el mes de Febrero

- ✓ Entre las actividades realizadas en el Día de la Humanización, se reconoció a los trabajadores símbolos humanizadores de la RAS Arequipa, por sus destacadas competencias, conocimiento técnico madurez emocional y comportamiento ético

En el mes Marzo

- ✓ Se constituyó el Comités Médicos de Auditoria de Incapacidades – COMAI (Ley N° 26790) de la RAS Arequipa para el periodo 2015-2016.
- ✓ Se conformó el Comité de Fortalecimiento de una Cultura de Atención al Asegurado del CAP III Paucarpata.
- ✓ Se conformaron los Equipos de Mejora de la Calidad del Servicio de Gastroenterología, Medicina Nuclear y del Proceso de Cuidado del Paciente Quirúrgico del HNCASE y la Atención en el Servicio de Obstetricia del Policlínico Metropolitano

En el mes de Abril

- ✓ El Policlínico Metropolitano conformó: el Comité de Evaluadores Internos, el Comité de Fortalecimiento, Validación e Implantación de Guías Prácticas Clínica, el Comité de Seguridad del Paciente, el Comité Gestación de Calidad, el Comité de Fortalecimiento de una Cultura de Atención al Asegurado y el Comité de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicio Médicos.

Gerencia de Planeamiento Corporativo-GCRD V°B° V. REYNA Gerente ESSALUD
GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y DESARROLLO V°B° Ing. A. ROJAS ESSALUD
GERENCIA CENTRAL DE CONTROL Y EVALUACION DE LA GESTION-GCRD V°B° Econ. A. Verástegui SubGerente ESSALUD

Red Asistencial AREQUIPA

En el mes de Mayo

- ✓ Se aprobó el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo del H III Yanahuara
- ✓ Se aprobó el Plan Anual del Comité de Gestión de Calidad y Seguridad del Pacientes HNCASE.
- ✓ Se aprobaron para el HNCASE los siguientes Manuales de Procedimientos de Patología Clínica:
- ✓ Manual de Procedimientos Bioquímica – Hormonas, Manual Laboratorio de Microbiología, Manual Homastia, Laboratorio Emergencia, Manual de Tomas Muestras Laboratorio Microbiología, Manual Histocompatibilidad, Manual Hematología, Manual Estudio Microbiológico, Manual inmunología y Manual de Urianalisis.
- ✓ Se conformaron los siguientes Comités de Calidad en el HNCASE: Comité Evaluadores Internos, Comité Acreditación de Establecimiento de Salud, Comité de Fortalecimientos de Guías de Práctica Clínicas, Comité de Seguridad del Paciente, Comité de Gestación de Calidad, Cultura de Atención al Asegurado, Asesores Mejora Procesos de Atención
- ✓ Se elaboraron los MAPRO de Farmacia del HNCASE: Manual de Procedimiento de la Unidad de Soporte Nutricional, Manual de Procedimientos de Farmacia Externa, Manual de Procedimientos de Farmacia Hospitalización, Manual de Procedimiento de Farmacia Emergencia, Manual de Procedimientos Farmacia Preparados Magistrales y Manual de la Unidad de Mezas Oncológicas.
- ✓ Se aprobó el Manual de Procedimientos de Hemoterapia y Banco de Sangre HNCASE
- ✓ Se conformó el Comité de Mortalidad Perinatal y Neonatal H II Mollendo
- ✓ Se conformó el Comité de Referencia y Contrarreferencia del HNCASE - 2015
- ✓ Se reconformó el Comité Medico de Auditoria de Incapacidades - COMAI de la RAS Arequipa 2015-2017

En el mes de Junio

- ✓ Se conformó la Unidad Oncológica Descentralizada - UOD Tipo II de la RAS Arequipa
- ✓ Se conformaron los siguientes Comités 2015 del HNCASE: Comité Cultura de Donación de Órganos y Tejidos, Comité Evaluador de Espera Tratamiento Radioterapia, Comité Farmacológico, Comité de Infecciones Intrahospitalarias, Comité de Contingencias Infecciones Respiratorias Agudas, Comité de Equipo de Servicio de Tercerización de Hemodiálisis, Comité de Antimicrobiano, Comité de Contingencias y Comité de Supervisión de Servicios Tercerizados.
- ✓ Se aprobaron GPC para el Servicio de Emergencia del HNCASE: GPC para Paciente Politraumatizado, GPC para Crisis Hipertensiva, GPC de Sepsis, GPC para Dolor Abdominal de Emergencia, GPC para Neumonía adquirida en la Comunidad, GPC para Crisis Hiperglicemia, GPC para Pancreatitis Aguda, GPC para Infarto Agudo de Miocardio, GPC para Dolor Torácico Agudo no Traumático

En el mes de Julio

- ✓ Se aprobó el Comité Técnico de Formulación del Plan Director de Inversiones de la RAS Arequipa
- ✓ Se aprobó el Plan Anual de Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios del HNCASE periodo 2015
- ✓ Se conformó el Comité Medico de Auditoria de Incapacidades COMAI del H II Mollendo 2015-2017
- ✓ Se conformó el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo del HIII Yanahuara

En el mes de Agosto

- ✓ Se creó la Unidad Cardiovascular del Sur
- ✓ Se conformó el Comité de Protección y Seguridad Radiológica del H I Edmundo Escomel RAS Arequipa
- ✓ Se conformó el Comité de Control y Prevención de Infecciones Intrahospitalarios del H I Edmundo Escomel
- ✓ Se conformó el Comité Farmacológico del H III Yanahuara, H II Mollendo, H I Samuel Pastor Camana y el H I Edmundo Escomen de la RAS Arequipa
- ✓ Se aprobó el Manual de Bioseguridad en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Neonatología HNCASE
- ✓ Se aprobó el Comité de Cruzada de Humanización de Cero Dolor en el Paciente H I Edmundo Escomel

En el mes de Setiembre

- ✓ Se conformó el Comité Farmacológico del HNCASE

En el mes de Octubre

- ✓ Se conformó el Comité de Seguridad y Defensa de los Centros Asistenciales RAS Arequipa
- ✓ Se conformó el Comité de Bioseguridad de la Unidad de Hemodiálisis
- ✓ Se conformó el Comité de Control de Prevención de Infecciones Intrahospitalarias del HNCASE
- ✓ Se conformó el Equipo "Mejora de la Calidad del Servicio de Nutrición" del HNCASE
- ✓ Se conformó el Comité Técnico responsable de la implementación y funcionamiento del Lactario del Policlínico Metropolitano

Gerencia de Planeamiento Corporativo-GCPD V°B° V. REYNA Gerente ESSALUD

GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y DESARROLLO V°B° Ing. A. ROJAS ESSALUD

GERENCIA DE CONTROL Y EVALUACION DE LA GESTION-GCPD V°B° Econ. A. Verástegui SubGerente ESSALUD

Red Asistencial AREQUIPA

- ✓ Se conformó el Comité de Gestión y Manejo de Residuos Sólidos del HNCASE
- ✓ Se conformó el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo del HNCASE
- ✓ Con el objetivo de establecer e implementar el INCOR de Arequipa en el HBCASE, se crea las Áreas funcionales conformantes de la Unidad Funcional Cardiovascular, asignar infraestructura y equipamiento a la Unidad Funcional Cardiovascular
- ✓ Se aprobó el Plan de Contingencia del Fenómeno El Niño 2015-2016 de la RAS Arequipa
- ✓ Se aprobó el Plan de Contingencia Fenómeno El Niño 2015 del H I Edmundo Escomel , HBCASE

En el mes de Noviembre

- ✓ Se conformó el Comité Técnico responsables de Lactarios Institucionales para colaboradoras de la RAS Arequipa
- ✓ Se aprobó el Plan de Respuesta ante Situaciones de Emergencia y Desastres del CAP II Hunter, H I Samuel Pastor Camana, H II Manuel de Torres Muñoz, Policlínico Metropolitano, CM Aplao, H III Yanahuara, H II Edmundo Escomel
- ✓ Se actualizó la conformación del Comité de referencias y Contrarreferencias del HNCASE
- ✓ Se conformó el Comité Evaluador de Pacientes en Espera de Tratamiento de Radioterapia de la RAS Arequipa
- ✓ Se aprobó la Guía de Práctica Clínica Nódulo Tiroideo y Cáncer diferenciado de Tiroides de la RAS Arequipa
- ✓ Se conformó el Comité especial ad-hoc que se encargue de la Reorganización del Servicio de Traumatología del HNCASE de la RAS Arequipa
- ✓ Se conformó el Comité de Defensa Civil del H III Yanahuara
- ✓ Se dispuso la actualización de los Comités de Hospitalización de la RAS y H II Mollendo.

En el mes de Diciembre

- ✓ Se amplió el número de miembros en el Equipo "Mejora en las Practicas Seguras para la Prevención y Reducción de Riesgos de Ulceras por Presión de los diferentes servicios del HNCASE-2015"
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria en Enfermería del H I Edmundo Escomel
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria de Enfermería del HNCASE
- ✓ Se aprobó el Manual de Procedimientos de Biología Molecular del Servicio de Patología Clínica del HNCASE
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria de Odontología – 2016, del H I Edmundo Escomel, del HNCASE, de la RAS Arequipa
- ✓ Se designó a profesionales de la salud como Médicos de Control del H III Yanahuara de la RAS Arequipa
- ✓ Se aprobó el Plan de Trabajo para la Implementación del Sistema de Control Interno en la RAS Arequipa
- ✓ Se conformó el Comité de Referencias y Contrarreferencias del HNCASE, así como en los CAS de la RAS Arequipa
- ✓ Se conformó el Comité de Ética del H II Manuel de Torres Muñoz - Mollendo
- ✓ Se conformó las Comisiones de Toma de Inventario Físico de Existencias en el Almacén Central como las Farmacias y Depósitos de los CAS de la RAS Arequipa
- ✓ Se reconformó el Comité de Evaluadores Internos del Policlínico Metropolitano de la RAS Arequipa
- ✓ Se reconformó a los miembros integrantes del Comité de Red Intercambio Prestacional de la RAS Arequipa
- ✓ Se conformó el Comité de Implementación del Programa de Implante Coclear en el Servicio de Otorrinolaringología del HNCASE

Principales Gastos Logísticos (PAC – 2015)

Descripción (*)	Tipo de proceso	Valor estimado S/.
Adquisición de material de laboratorio insumos y reactivos de patología clínica equipos entregados en cesión en uso área de inmunohistoquimica	AMC	476,110.14
Adquisición de herramientas y repuestos para tomógrafo multicorte	AMC	795,933.60
Adquisición de material radiológico para la RAS Arequipa	AMC	440,016.00
Adquisición de equipo biomédico ecocardiógrafos + tee avanzado	LP	994,740.00
Adquisición de material laboratorio e insumos y reactivos de patología clínica equipos entregados en cesión en uso área microbiología	LP	594,000.00
Adquisición de material laboratorio e insumos y reactivos de patología clínica equipos entregados en cesión en uso área inmunología HBCASE	LP	2,343,380.00
Adquisición de material laboratorio e insumos y reactivos de patología clínica equipos entregados en cesión en uso área bioquímica automatizada HBCASE	LP	2,980,608.00
Adquisición de material laboratorio insumos y reactivos de patología clínica equipos entregados en cesión en uso HNCASE área banco de sangre	LP	986,460.00

Red Asistencial AREQUIPA

Adquisición de combustible para calderos	LP	**2,291,200.00**
Adquisición de medicinas agalsidasa beta 35 mg, imiglucerasa 400 ui	LP	**2,382,349.44**
Adquisición de medicinas compra local	LP	**2,475,167.24**
Adquisición de herramientas y repuestos equipamiento biomédico alta tecnología	LP	**465,830.00**
Adquisición de alimentos para personas productos cárnicos servicio nutrición HNCASE, H III Yanahuara y Escomel	LP	**486,720.00**
Adquisición de equipo biomédico: video gastroscopio para el H III Yanahuara	LP	**529,000.00**
Contratación del servicio de mantenimiento equipamiento electromecánico	AMC	**1,489,334.74**
Contratación del servicio mantenimiento equipo alta tecnología resonancia magnética general electric	AMC	**636,913.89**
Contratación del servicio mantenimiento y reparación de equipos biomédicos de hemodiálisis	CP	**419,820.00**
Contratación del servicio mantenimiento y reparación de equipos térmicos	CP	**1,209,770.00**
Contratación del servicio de transporte aéreo de pacientes referidos ruta Arequipa - Lima - Arequipa	CP	**1,512,580.00**
Contratación del servicio de dotación RRHH operador Central EsSalud en línea	CP	**811,000.19**
Contratación del servicio mantenimiento de infraestructura de inmuebles	CP	**1,529,736.00**
Contratación del servicio mantenimiento equipo alta tecnología angiografía universal de techo	CP	**485,960.00**
Contratación del servicio de traslado y eliminación de residuos bio-contaminados	CP	**486,000.00**
Total		26'822,629.24

(*) Periodos de 12 meses

Principales Cursos Talleres llevados a cabo

1. Diseño de procesos - tramite documentario, dirigido a 51 participantes. (S/. 6,000)
2. Historia clínica electrónica, dirigido a 40 participantes. (S/. 8,140)
3. Identificación institucional, dirigida a 70 participantes. (S/. 9,495)
4. Programa de inducción: internado médico, serums, practicantes pre profesionales, personal ingresante a EsSalud, dirigido a 73 participantes. (S/. 14,000)
5. Actualización en prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS), dirigido a 70 participantes. (S/. 7,000)
6. Calidad de vida en pacientes terminales con participación activa de la familia, dirigido a 50 participantes. (S/. 6,400)
7. Cuidado de enfermería a paciente terminal, dirigido a 70 participantes. (S/. 7,000)
8. III Curso Regional de farmacia hospitalaria, dirigido a 50 participantes. (S/. 9,500)
9. Responsabilidad social como herramienta de gestión institucional, dirigida a 45 participantes. (S/. 9,500)
10. Curación de heridas, dirigido a 50 participantes. (S/. 7,000)
11. Curso: Estandarización en el proceso para el cuidado del paciente adulto mayor, dirigido a 60 participantes. (S/. 10,000)
12. Guías de Intervención de Enfermería, dirigido a 50 participantes. (S/. 7,000)
13. Temas actuales en sistemas integrados de gestión - SIG, dirigido a 45 participantes. (S/. 8,500)
14. Prevención de emergencias entrenamiento de brigadas, dirigido a 180 participantes. (S/. 15,800)
15. Actualización en pediatría: neurología y endocrinología pediátrica, dirigido a 100 participantes. (S/. 9,880)
16. Actualización en tópicos neurológicos, dirigido a 30 participantes. (S/. 5,400)
17. Jornadas quirúrgicas: temas de las especialidades quirúrgicas de la RAS Arequipa, dirigido a 30 participantes. (S/. 3,759)
18. Actualización en endodoncia, dirigido a 50 participantes. (S/. 6,100)
19. Actualización medico quirúrgicas, dirigido a 40 participantes. (S/. 3,660)
20. II Jornada de actualización medico quirúrgica - atención preventivo promocional, dirigido a 60 participantes. (S/. 5,000)
21. Actualización en manejo de técnicas clínicas quirúrgicas de última generación, dirigido a 77 participantes. (S/. 14,800)
22. Taller de actualización en manejo administrativo, dirigido a 70 participantes. (S/. 13,000)
23. Seguridad y salud en el trabajo (personal administrativo y asistencial), dirigido a 1095 participantes. (S/. 13,446)

Gerencia de Planeamiento Corporativo-GCGD V°B° V. REYNA Gerente ESSALUD

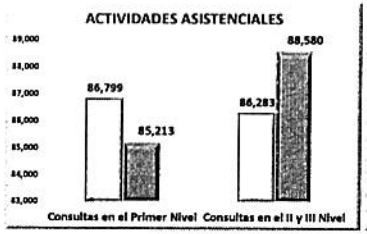
Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo V°B° Ing. A. ROJAS ESSALUD

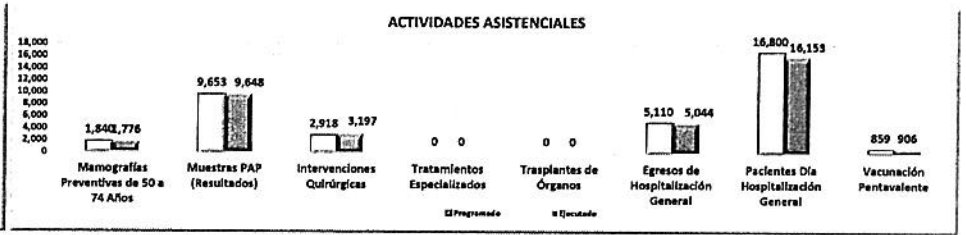
Gerencia Central de Control y Evaluación de la Gestión-GCGD V°B° Econ. A. Verástegui SubGerente ESSALUD

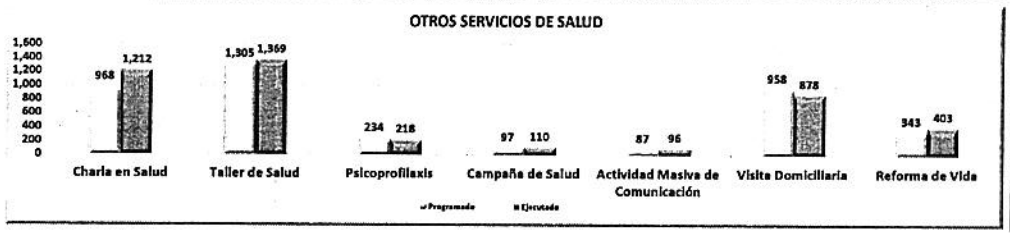
Evaluación del Plan Operativo Institucional 2015 - Desagregado
Red Asistencial AYACUCHO

ACTIVIDADES OPERATIVAS - ASISTENCIALES

	PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD	UNIDAD DE MEDIDA	Al IV Trimestre		Cumplimiento %
			Programado	Ejecutado	
1	Consultas en el Primer Nivel	Consultas	86,799	85,213	98%
2	Consultas en el II y III Nivel	Consultas	86,283	88,580	103%
3	Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años	Mamografías preventivas con resultado	1,840	1,776	97%
4	Muestras PAP (Resultados)	Exámenes PAP con resultado	9,653	9,648	100%
5	Intervenciones Quirúrgicas	Intervenciones Quirúrgicas	2,918	3,197	110%
6	Tratamientos Especializados	Tratamientos Especializados	0	0	0%
7	Trasplantes de Órganos	Trasplantes	0	0	0%
8	Egresos de Hospitalización General	Egresos	5,110	5,044	99%
9	Pacientes Día Hospitalización General	Paciente día	16,800	16,153	96%
10	Vacunación Pentavalente	Vacunas (3ª dosis)	859	906	105%
11	Otros servicios de Salud				
11.1	Charla en Salud	Charlas	968	1,212	125%
11.2	Taller de Salud	Sesiones	1,305	1,369	105%
11.3	Psicoprofilaxis	Sesiones	234	218	93%
11.4	Campaña de Salud	Campañas	97	110	113%
11.5	Actividad Masiva de Comunicación	Eventos	87	96	110%
11.6	Visita Domiciliaria	Visitas	958	878	92%
11.7	Reforma de Vida	Sesiones	343	403	117%







Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel >= 100% son: Consultas en el II y III Nivel (103%), Muestras PAP (100%), Interv.Qx. (110%) y Vacunación Pentavalente (105%).

De las 07 Actividades denominadas Otros Servicios de Salud, seis (06) muestran un avance >=100% y dos (02) se encuentran con un nivel de avance menor al 95% siendo estas: Visita Domiciliaria (92%) y Psicoprofilaxis (93%).

INICIATIVA DE GESTIÓN

Actividades / Iniciativa de Gestión	Responsable	Fec. Ini. ReProg	Fec. Fin ReProg	AVANCE PCI - 2015 Valor %	Valor ganado	Valor planeado	Indice Rendimiento	Hitos ejecutados N° HITOS	SI (100%)	NO (0 %)	AVANCE	Cumplim. %
(15)38.Optimizar la sensibilización y sastifacción de los usuarios externos	Maria Carnasca	11-may	31-dic	100	100	100	1	6	6	0	0	100.00%
(15)39.Realizar la Vigilancia de la Salud Ocupacional del Trabajador de los EESS de la Red Asistencial	Mosha Tovar	18-may	31-dic	100	100	100	1	6	6	0	0	100.00%
(15)40.Implementar acciones para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis	Teodoro Diego	18-mar	31-dic	100	100	100	1	7	7	0	0	100.00%
(15)41.Implementar acciones para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de las ITS-VIH/SIDA	Teodoro Diego	02-ene	31-dic	100	100	100	1	6	6	0	0	100.00%
(15)42.Mejorar la capacidad resolutiva, competencias y oferta asistencial en el Primer Nivel de Aten	Mosha Tovar	09-mar	31-dic	100	100	100	1	5	5	0	0	100.00%
Iniciativa de Gestión		02-ene	31-dic	100	100.00	100.00		30	30	0	0	100.00%

Para optimizar la sensibilización y satisfacción de los usuarios externos, mediante Resolución N° 069-D-RAAY-EsSalud 2015, se conformáo el "Comité de Proyectos de Mejora Continua de Calidad de la RAAY", y con, Resolución N° 128-D-RAAY-EsSalud-2015, se conforma el "Comité de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad de los Servicios de Hospitalización del H II Huamanga".

Mediante Informe N° 03-RM-MM-RAAY-2015, Recursos Médicos informa sobre el monitoreo y medidas para impulsar mejoras en gestión de bienes estratégicos y equipamiento en la RAAY. Así mismo con Informe N°19, Informática informa la implementación SGH en PNA.

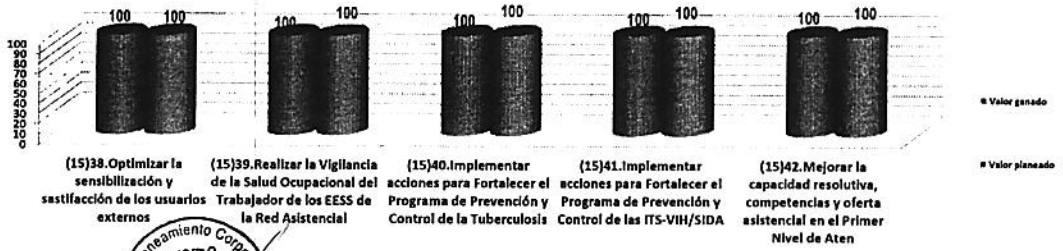
Mediante Carta N° 156-AC-UPyC-OPC-D-RAAY-EsSalud-2015, se presentó el Proyecto de Mejora Continua de Calidad "Mejora en la información al paciente sobre su enfermedad y su tratamiento", aprobado por Dirección de la RAS.

Mediante Resolución N° 201-D-RAAY-EsSalud-2015, se designa a los Profesionales Evaluadores de la Salud Ocupacional de los Trabajadores de la Red.

Mediante Resolución N° 044-D-RAAY-EsSalud-2015, se designa al Coordinador de Programa de Prevención y Control de TB de la Red. Con Resolución N.239-D-RAAY-EsSalud-2015, se designa Comité Asesor TB.

Con Resolución N° 044-D-RAAY-EsSalud-2015, se designa al Coordinador del Programa de ITS-VIH/SIDA de la Red. Resolución 236-D-RAAY-Essalud-2015, se designa Comité Técnico Asesor de VIH-SIDA.

Mediante Resolución N° 202-D-RAAY-EsSalud-2015, se designa el Equipo de Trabajo de Salud Ocupacional - ETSO, de la Red.





V°B° Ing. A. ROJAS ESSALUD

V°B° Econ. A. Verástegui SubGerente ESSALUD

V°B° V. REYNA Gerente ESSALUD

Patron de Comportamiento de los Indicadores del POI - FONAFE de la Red Asistencial AYACUCHO

1. Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva del I Nivel de Atención	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Ratio	1.26	1.01

Fuente SIAG (exportado al 31-01-2016)

2. Diferimiento de Citas Consulta Externa pacientes referidos del I al II Nivel	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Días	15	15

Fuente SIAG (exportado al 31-01-2016)

3. Promedio de Permanencia en Hospitalización General	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Días	3.50	3.50

Fuente SIAG (exportado al 31-01-2016)

4. Porcentaje de Pacientes en Sala de Observación < = 24 Horas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Porcentaje (%)	78.29%	78.29%

Fuente SIAG (exportado al 31-01-2016)

5. Tiempo de Espera de Intervención Quirúrgica	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Días	30	30

Fuente SIAG (exportado al 31-01-2016)

6. Cobertura de Tamizaje de Cancer de Cuello Uterino	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Cobertura (%)	30.00%	30.35%

Fuente SIAG (exportado al 31-01-2016)

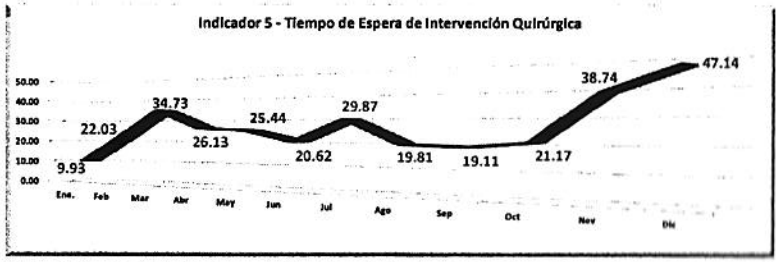
7. Cobertura de Tamizaje de Mamografías Preventivas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Cobertura (%)	21.80%	22.34%

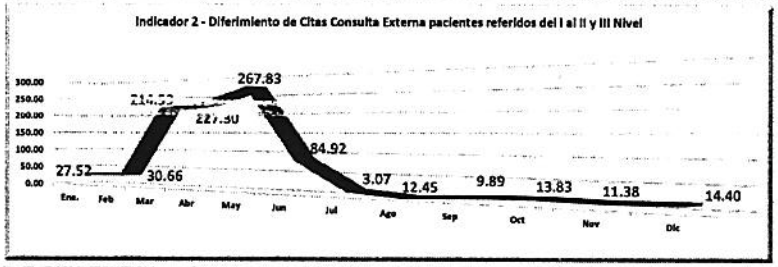
Fuente SIAG (exportado al 31-01-2016)

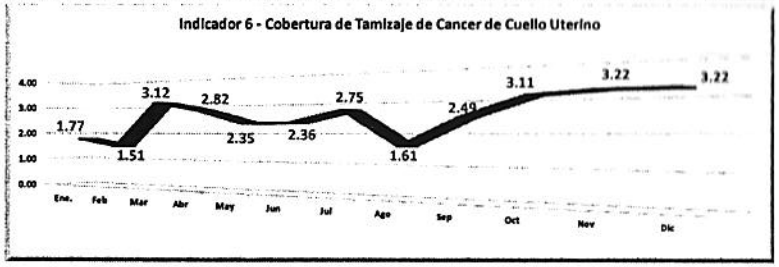
8. Cobertura de Vacunación Pentavalente (3era dosis)	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Cobertura (%)	85.00%	61.53%

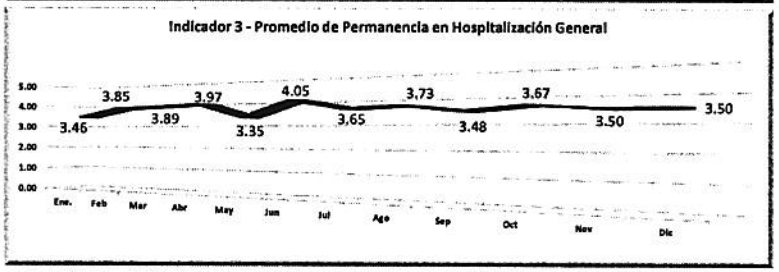
Fuente SIAG (exportado al 31-01-2016)

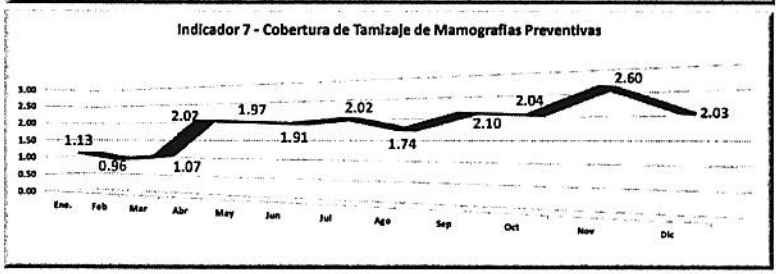


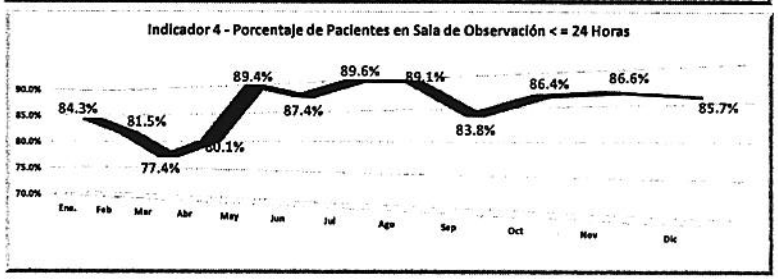


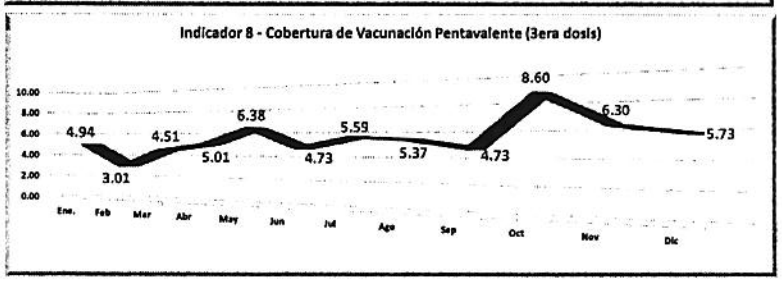






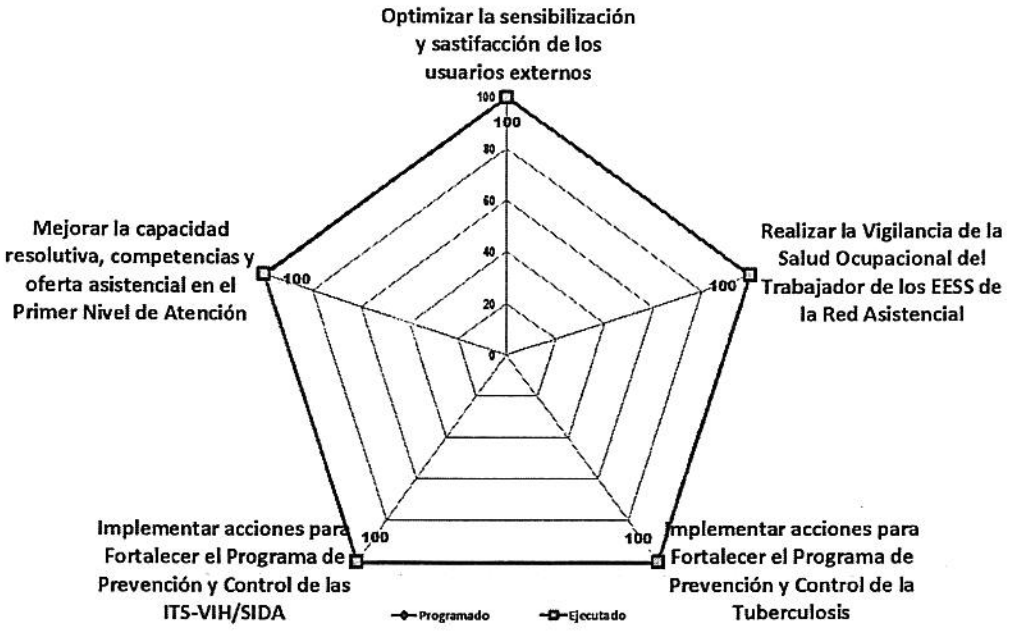






Red Asistencial AYACUCHO

Actividades Desarrolladas para el cumplimiento de la Iniciativas de Gestión



Para: Optimizar la sensibilización y satisfacción de los usuarios externos

- Mediante Carta N° 117-AC-UPRM-OPC-IS-DM-RAAY-EsSalud-2015, la Unidad de Calidad presenta el Diagnóstico Situacional de Hospitalización del H II Huamanga.
- Mediante Informe N° 11-AC-UPCRM-UP-D-RAAY-ESSALUD-2015, se informa la ejecución y resultados del Taller de sensibilización del personal, aplicando dinámicas de grupos en humanización de la salud.
- Resolución de Dirección de Red N° 069-D-RAAY-EsSalud-2015, "Comité de Proyectos de Mejora Continua de Calidad de la RAAY". Resolución de Dirección de Red Asistencial N° 128-D-RAAY-EsSalud-2015, "Conformar el Comité de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad de los Servicios de Hospitalización del H II Huamanga RAS Ayacucho
- Informe N° 01, 02 y 03-AC-UPCRM-OPC-D-RAAY-EsSalud-2016. Se informa de la formulación y ejecución de dos Proyectos de Mejora Continua de la Calidad – PMCC, asi como los resultados obtenidos.

Para: Realizar la Vigilancia de la Salud Ocupacional del Trabajador de los EESS de la Red Asistencial

- Mediante Carta N° 003-OPC-D-RAAY-EsSalud-2015; Se entrega el Informe IPERC-2015 del H II Huamanga.
- Mediante Resolución de Dirección de Red Asistencial N° 282-D-RAAY-EsSalud-2015, se conformó el Equipo Básico Medico Ocupacional y Equipo de Trabajo de Salud Ocupacional 2015-2016, de la RAS Ayacucho.
- Mediante Informe N° 004-OPCyAP-D-RAAY-2016, se presenta informe de la realización de exámenes médico ocupacionales a trabajadores del Hospital II Huamanga y CAP III Metropolitano en un 60% del total.
- Mediante Informe N° 005-OPCyAP-D-RAAY-2016, se presenta el Informe Final del análisis de las evaluaciones, con sus respectivas recomendaciones.
- Mediante Informe N° 006-OPCyAP-D-RAAY-2016, se presenta propuestas para implementar las recomendaciones presentadas.

Para: Implementar acciones para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis

- Resolución de Dirección de Red Asistencial N° 044-D-RAAY-EsSalud-2015, con la que se designa al Coordinador de TBC de la Red.

Red Asistencial AYACUCHO

- Mediante Informe N° 002-OCPyAP-D-RAAY-EsSalud-2016, se informa de las reuniones técnicas trimestrales con los Centros del PNA, llevada a cabo 21 y 22-05-2015.
- Mediante Carta N° 282-COORD/ESPTBC-RAAY-EsSalud-2015, se presenta informe de ejecución del Plan Comunicacional por el Día Mundial de la TB.
- Mediante Carta N° 283-COORD/ESPTBC-RAAY-EsSalud-2015, se informa de la implementación de 09 cajas transportadoras de muestras de esputo, 07 CAP I y CAP II Huanta y H II Huamanga (S/.5,650) y cabinas recolectoras de esputo para los EESS de la Red.
- Mediante Carta N° 124-COORD/ESPTBC-RAAY-EsSalud-2015, se presenta propuesta de mejoramiento de ambientes para TB en los EESS de la RAS Ayacucho, así como de las condiciones actuales de funcionamiento.

Para: Implementar acciones para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de las ITS-VIH/SIDA

- Mediante Resolución N° 044-D-RAAY-EsSalud-2015, se designa al Coordinador del Programa de Prevención y Control de ITS-VIH/SIDA.
- Informe N° 11-SSR-OCPyAP-D-RAAY-EsSalud-2015, se presenta informe de la evaluación de Indicadores de ITS-VIH/SIDA de la Red Ayacucho - 2015.
- Mediante Informe N° 12-SSR-OCPyAP-D-RAAY-EsSalud-2015, se informa sobre la ejecución de Plan Comunicacional por el Día Mundial de la ITS-VIH/SIDA.
- Mediante Carta N° 284-SSR-OCPyAP-D-RAAY-EsSalud-2015, entrega de documentos técnicos impresos, alusivos al Plan Comunicacional por el Día Mundial de la ITS-VIH/SIDA.
- Mediante Informe N° 13-SSR-OCPyAP-D-RAAY-EsSalud-2015, se informa de la elaboración de EE.TT. para la adquisición de 2000 Pruebas Rápidas y su correspondiente distribución a los CAS de la Red.

Para: Mejorar la capacidad resolutiva, competencias y oferta asistencial en el Primer Nivel de Atención

- Mediante Resolución de Dirección de Red Asistencial N° 295-D-RAAY-EsSalud-2015, se aprueba las Guías Clínicas de: Promoción y Prevención de Salud para el Primer Nivel de Atención; de Obstetricia; y, de Odontología.
- Mediante Informe N° 001-OCPyAP-D-RAAY-EsSalud-2016, se entrega del listado de capacitaciones realizadas para el PNA.
- Mediante Informe N° 081-RM-MAT-MED-RAAY-EsSalud-2015, Monitoreo de Equipamiento y recursos estratégicos a los CAS de la RAAY.
- Carta N° 005-JM-RAAY-EsSalud-2016, se entrega el informe de la verificación de la operatividad de equipos de los EESS de la RAS - Consolidado 12 meses.

Gestión de la RAS

En el mes de Enero

- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Médica del H II Huamanga

En el mes de Abril

- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Odontológica del CAP III Metropolitano – 2015

En el mes de Mayo

- ✓ Se conformó el Comité de Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Prevención de Caída de paciente del H II Huamanga
- ✓ Se conformó el Comité de hospitalización del H II Huamanga de la RAS Ayacucho - 2015
- ✓ Se conformó el Comité de Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Identificación correcta del paciente del H II Huamanga-2015
- ✓ Se conformó el Comité de proyectos de mejora continua de la calidad de los servicios de hospitalización del H II Huamanga RAS Ayacucho
- ✓ Se conformó el Comité de evaluación y validación de las guías de practica clínica de la RAS Ayacucho-2015
- ✓ Se conformó el Comité de prácticas seguras para la prevención y reducción de riesgos de ulceras por presión del H II Huamanga-2015
- ✓ Se conformó el Comité de prácticas seguras y gestión del riesgo para la "administración correcta de medicamentos" del H II Huamanga-2015
- ✓ Se conformó el Comité de rondas de seguridad del paciente del H II Huamanga de la RAS Ayacucho-2015
- ✓ Se conformó el Comité de Farmacovigilancia e implementación del Sistema de Dispensación en Dosis Unitaria del H II Huamanga
- ✓ Se conformó el Comité farmacológico de la RAS Ayacucho

En el mes de Junio

Red Asistencial AYACUCHO

Principales Gastos Logísticos (PAC – 2015)

Descripción (*)	Tipo de proceso	Valor estimado S/.
Adquisición de cartucho químico de gases	AMC	16,150.00
Adquisición de cassets para facoemulsificador del H II Huamanga	AMC	13,530.00
Adquisición de cloruro de sodio o suero fisiológico 0.90% x 100 ml	AMC	39,900.00
Adquisición de hidroxocobalamina de 1 mg/ml x ml	AMC	74,601.00
Adquisición de ionomero de vidrio fotocurable para restauración kit	AMC	16,800.00
Adquisición de kit de jeringas de 200 cc, 100cc para bomba de infusión para contraste conexión en J y conexión en Y	AMC	38,400.00
Adquisición de oxigeno medicinal gaseoso	AMC	15,750.00
Adquisición de papel termo sensible para uso ecográfico	AMC	27,000.00
Adquisición de papel toalla de 200 mt x 20 cm de ancho	AMC	19,827.50
Adquisición de película de impresión seca n° 14x17 para tomografía	ADS	52,500.00
Adquisición de película para radiografía de 14" x 17" digital	AMC	17,510.00
Adquisición de resina fotocurable kit	AMC	42,576.00
Adquisición de solución para diálisis peritoneal para pacientes continuadores sistema ultrabag	AMC	13,446.00
Adquisición de transductor de arreglo convexo de 2 a 5.5 m	AMC	21,000.00
Adquisición delegada de solución para diálisis peritoneal para pacientes continuadores	AMC	56,137.20
Adquisición delegada de solución para diálisis peritoneal para pacientes continuadores sistema andy disc	AMC	57,506.40
Adquisición delegada de solución para diálisis peritoneal para pacientes continuadores sistema ultrabag	AMC	13,446.00
Adquisición delegada de solución para diálisis peritoneal sistema ultrabag	AMC	13,446.00
Alquiler de local para la PM San Francisco	AMC	34,800.00
Contratación del servicio de alimentación y nutrición	CP	556,230.00
Contratación del servicio de atención en los módulos de aseguramiento	AMC	32,335.00
Contratación del servicio de lavandería de ropa hospitalaria del H II Huamanga	ADP	234,532.80
Contratación del servicio de transporte terrestre para pacientes asegurados y acompañantes Ayacucho-Ica-Ayacucho	ADS	199,800.00
Servicio de módulos atención al asegurado	ADP	266,796.56
Servicio de otorgamiento de citas Call Center EsSalud en Línea	ADP	278,244.62
Total		2'152,265.08

(*) Periodos de 12 meses

Principales Cursos Talleres llevados a cabo

1. Curso Taller RCP básico y avanzada neonatal y pediátrico, dirigido a 35 participantes (S/. 3,180).
2. Curso taller de Implementación de Dosis unitaria primera fase por un ponente del Hospital Edgardo Rebagliati, dirigido a 27 participantes (S/. 3,130)
3. Curso taller integral de la Ley de Contrataciones del Estado y sus modificatorias, para realizar compas adecuadas y oportunas, dirigido a 5 participantes (S/. 5,000)
4. Curso Taller RCP básico y avanzada neonatal y pediátrico, dirigido a 35 participantes (S/. 3,130).
5. Curso Taller en el manejo de Ecógrafo con una metodología didáctica y práctica, dirigido a 9 participantes (S/. 2,700).
6. Curso Taller manejo clínico Hospitalario del paciente Geriátrico: Modulo I: Patología pulmonar, Módulo II Patología cardiovascular, Módulo III: Patología osteo articular y módulo IV: Patología degenerativa sistema nervioso, dirigido a 55 participantes (S/. 4,457)
7. Curso taller sobre Transporte de pacientes críticos y Soporte vital básico y avanzada, dirigido a 62 participantes (S/. 6,730)
8. Curso taller de Seguridad y Gestión de Salud Ocupacional, dirigido a 101 participantes (S/. 7,000)
9. Curso taller de Emergencias cardiológicas y Ventiloterapia, dirigido a 68 participantes (S/. 4,130)
10. Curso taller en el Hospital Edgardo Rebagliati, en Atención en Gestión de la Farmacia de Centro Quirúrgico, dirigido a 23 participantes (S/. 2,145).

Gerencia de Planeamiento Corporativo GCPD V°B° V. REYNA Gerente ESSALUD

Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo V°B° Ing. A. ROJAS ESSALUD

Gerencia Central de Control y Evaluación de la Gestión GCCEG V°B° Econ. A. Yerástegui SubGerente ESSALUD

Red Asistencial AYACUCHO

- ✓ Se conformó el Comité de Eventos Supuestamente Atribuidos a Vacunación o Inmunización (ESAVI) del H II Huamanga.
- ✓ Se conformó el Comité Técnico de Prevención y Control de la Tuberculosis del H II Huamanga, se le encargó la organización, implementación y monitoreo del Programa en el H II Huamanga.
- ✓ Se aprobó el Manual de Procedimientos Asistenciales del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.
- ✓ Se aprobó Manual de Procedimientos de Protección Radiológica para Operadores, Servicio de Diagnóstico por Imágenes.
- ✓ Se conformó el Comité de Referencias y Contrarreferencias del H II Huamanga.
- ✓ Se aprobaron las siguientes Guías Clínicas del Servicio de Cirugía General: Abdomen, Colecistitis, Apendicitis, Pancreatitis, Hernia, Oclusión Intestinal, Politraumatismo en Adulto, Traumatismo Encefalocraneano, Quemaduras en Adulto.
- ✓ Se aprobaron las siguientes Guías de Procedimientos del Departamento de Cirugía: Guías Clínicas y Procedimientos en Obstetricia y Ginecología, Guías de Procedimientos en Obstetricia, Guías de Manejo y Manual de Procedimientos de Anestesia, Analgesia y Reanimación

En el mes de Julio

- ✓ Se conformó el Comité de Acreditación y Autoevaluación de la RAS Ayacucho.
- ✓ Se aprobó el Plan Anual de trabajo sobre Satisfacción del Usuario Externo.
- ✓ Se aprobó el Protocolo de Control de Calidad en Radiodiagnóstico.
- ✓ Se aprobó la Guía Práctica de Lavado de Manos.
- ✓ Se aprobó el Plan Anual de Calidad y Seguridad del Paciente - 2015
- ✓ Se reconformó el Grupo de Trabajo encargado de promover el Código de Ética de la Función Pública, así como el Código de Ética del Personal de EsSalud de la RAS Ayacucho

En el mes de Agosto

- ✓ Se aprobaron las siguientes Guías Clínicas del Servicio de Emergencia: Insuficiencia Respiratoria Aguda, Enfermedad Cerebrovascular.

En el mes de Setiembre

- ✓ Se conformó el Comité de Referencias y Contrarreferencias de la RAS Ayacucho.
- ✓ Se conformó el Comité Ejecutivo o Técnico Operativo de Infecciones Intrahospitalarias, así como el Comité Ampliado de Infecciones Intrahospitalarias del H II Huamanga.
- ✓ Se aprobó el Plan de Infecciones Intrahospitalarias 2015
- ✓ Se conformó el Comité Evaluador del Programa de Personas que Dejan Huellas la RAS Ayacucho
- ✓ Se conformó el Comité Local de Prevención y Análisis de la Mortalidad Materna del H II Huamanga – RAS Ayacucho.

En el de Octubre

- ✓ Se aprobó el Proyecto Mejora en la Información Oportuna al Paciente Hospitalario sobre su enfermedad y tratamiento
- ✓ Se aprobó el Plan de Contingencia frente al Dengue.
- ✓ Se aprobó el Plan de Contingencia por Temporada de Helada - Friaje en Región Ayacucho (abril-octubre 2015)
- ✓ Se aprobó el Plan de Trabajo de Control Interno de la RAS Ayacucho 2015-2017.

En el mes de Noviembre

- ✓ Se conformó el Comité de Historia Clínica de la RAS Ayacucho.
- ✓ Se aprobó el Plan de Contingencia Frente al Dengue
- ✓ Se constituyó el Círculo por los Derechos y la Humanización en el H II Carlos Tuppia Garcia Godos de la RAS Ayacucho.
- ✓ Se conformó el Equipo de Investigación de Eventos Adversos del H II Huamanga.

En el mes de Diciembre

- ✓ Se ratificó a los miembros integrantes del Comité de Auditoria Medica de la RAS Ayacucho para el ejercicio 2016.
- ✓ Se ratificó a los miembros integrantes del Comité de Auditoria Odontológica de la RAS Ayacucho para el ejercicio 2016.
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Medica del CAP III Metropolitano Ayacucho para el ejercicio 2016.
- ✓ Se aprobaron las Guías Clínicas de: Promoción de Salud, Prevención para el Primer Nivel de Atención, Obstetricia, Odontología, Nutrición, del CAP III Metropolitano.
- ✓ Se aprobó el Manual de Procedimientos Operativos de la Farmacia del CAP III Metropolitano.
- ✓ Se designó al Equipo Básico Medico Ocupacional de los Trabajadores de la RAS Ayacucho, para el periodo 2015 - 2016.
- ✓ Se designó al Equipo de Trabajo de Salud Ocupacional de la RAS Ayacucho para el periodo 2015 - 2016.
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria en Enfermería del H II Huamanga.

Gerencia de Planeamiento Corporativo-GCPD V°B° V. REYNA Gerente ESSALUD

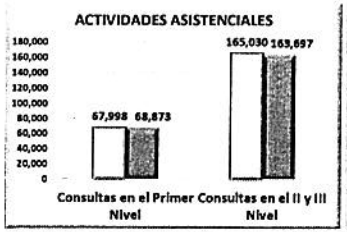
Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo V°B° Ing. A. ROJAS ESSALUD

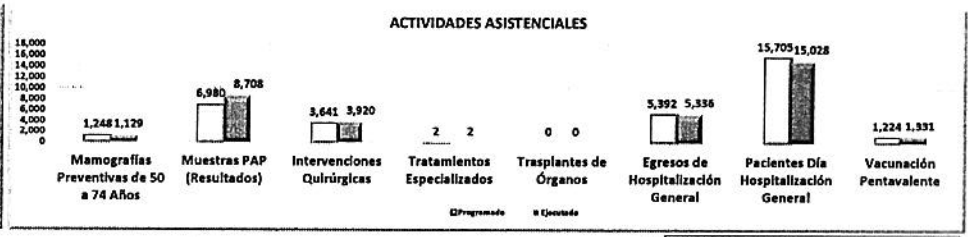
Gerencia Central de Control y Evaluación de la Gestión-GCPD V°B° Econ. A. Venastegui SubGerente ESSALUD

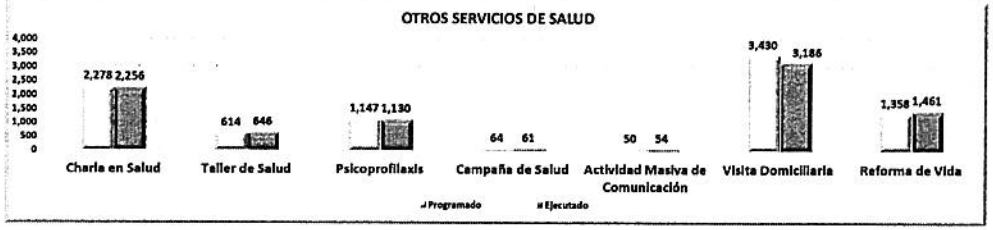
Evaluación del Plan Operativo Institucional 2015 - Desagregado
Red Asistencial CAJAMARCA

ACTIVIDADES OPERATIVAS - ASISTENCIALES

	PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD	UNIDAD DE MEDIDA	Al IV Trimestre		Cumplimiento %
			Programado	Ejecutado	
1	Consultas en el Primer Nivel	Consultas	67,998	68,873	101%
2	Consultas en el II y III Nivel	Consultas	165,030	163,697	99%
3	Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años	Mamografías preventivas con resultado	1,248	1,129	90%
4	Muestras PAP (Resultados)	Exámenes PAP con resultado	6,980	8,708	125%
5	Intervenciones Quirúrgicas	Intervenciones Quirúrgicas	3,641	3,920	108%
6	Tratamientos Especializados	Tratamientos Especializados	2	2	100%
7	Trasplantes de Órganos	Trasplantes	0	0	0%
8	Egresos de Hospitalización General	Egresos	5,392	5,336	99%
9	Pacientes Día Hospitalización General	Paciente día	15,705	15,028	96%
10	Vacunación Pentavalente	Vacunas (3ª dosis)	1,224	1,331	109%
11	Otros servicios de Salud				
11.1	Charla en Salud	Charlas	2,278	2,256	99%
11.2	Taller de Salud	Sesiones	614	646	105%
11.3	Psicoprofilaxis	Sesiones	1,147	1,130	99%
11.4	Campaña de Salud	Campañas	64	61	95%
11.5	Actividad Masiva de Comunicación	Eventos	50	54	108%
11.6	Visita Domiciliaria	Visitas	3,430	3,186	93%
11.7	Reforma de Vida	Sesiones	1,358	1,461	108%







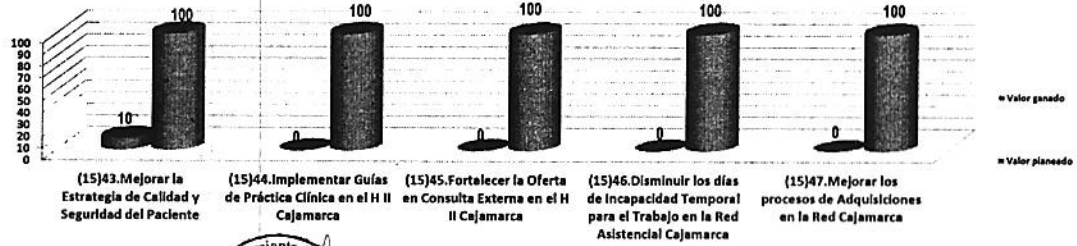
Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel >= 100% son: Consulta en el I Nivel (101%), Muestras PAP (125%), Interv.Qx (108%), Tratamientos Especializados (100%) y Vacunación Pentavalente (109%). Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel de avance por debajo del 95% son las referidas a: Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años (90%)

De las 07 Actividades denominadas Otros Servicios de Salud, tres (03) muestran un avance >=100% y una (01) se encuentran con un nivel de avance menor al 95% siendo estas: Visita Domiciliaria (93%).

INICIATIVA DE GESTIÓN

Actividades / Iniciativa de Gestión	Responsable	Fec. Ini. ReProg	Fec. Fin ReProg	AVANCE POI - 2015 Valor %	Valor ganado	Valor planeado	Index Plan anual	MALO	Hitos ejecutados N° HITOS	SI (100%)	NO (0%)	AVANCE	Cumplimiento %
(15)43.Mejorar la Estrategia de Calidad y Seguridad del Paciente	Elvira Sevillano	02-ene	15-dic	100	10	100	0.1		5	1	4	0	20.00%
(15)44.Implementar Guías de Práctica Clínica en el H II Cajamarca	Esteban Villarreal	02-ene	15-dic	100	0	100	0		6	0	6	0	0.00%
(15)45.Fortalecer la Oferta en Consulta Externa en el H II Cajamarca	Jhon Contreras	15-ene	15-dic	100	0	100	0		7	0	7	0	0.00%
(15)46.Disminuir los días de Incapacidad Temporal para el Trabajo en la Red Asistencial Cajamarca	Erick Bravo	10-ene	15-dic	100	0	100	0		5	0	5	0	0.00%
(15)47.Mejorar los procesos de Adquisiciones en la Red Cajamarca	Edy Bustamante	02-ene	15-dic	100	0	100	0		5	0	5	0	0.00%
Iniciativa de Gestión		02-ene	15-dic	100	2.00	100.00			28	1	27	0	3.57%

Mediante Resolución N° 046-DM-RACAJ-EsSalud-2014, del 06-02-2014 (vigente), se Conformó el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente





Patron de Comportamiento de los Indicadores del POI - FONAFE de la Red Asistencial CAJAMARCA

1. Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva del I Nivel de Atención	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Ratio	0.48	0.41

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

2. Diferimiento de Citas Consulta Externa pacientes referidos del I al II Nivel	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	7	7

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

3. Promedio de Permanencia en Hospitalización General	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	2.65	2.65

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

4. Porcentaje de Pacientes en Sala de Observación < = 24 Horas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Porcentaje (%)	75.00%	75.00%

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

5. Tiempo de Espera de Intervención Quirúrgica	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	45	45

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

6. Cobertura de Tamizaje de Cancer de Cuello Uterino	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	30.00%	15.37%

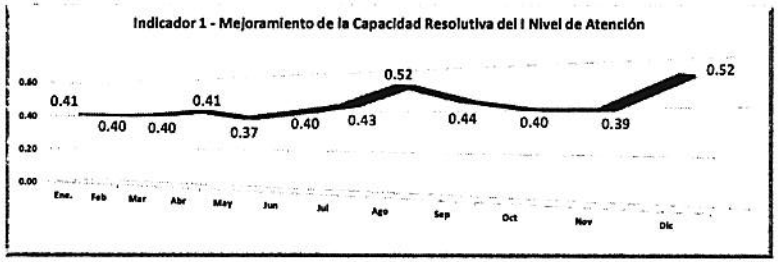
Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

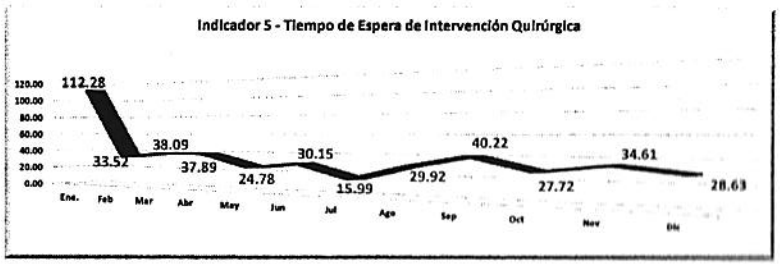
7. Cobertura de Tamizaje de Mamografías Preventivas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	21.80%	10.84%

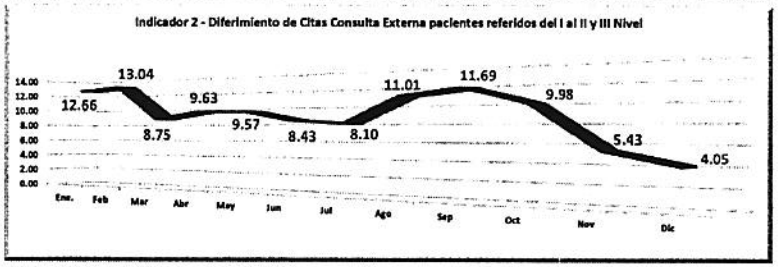
Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

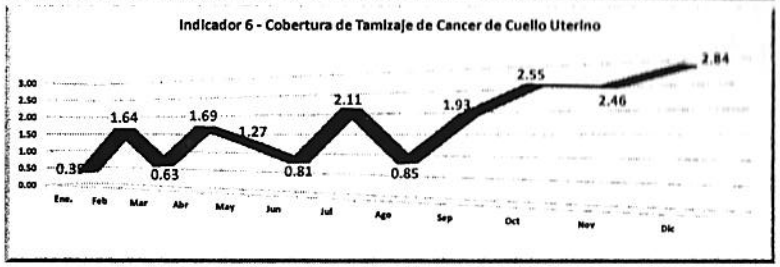
8. Cobertura de Vacunación Pentavalente (3era dosis)	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	85.00%	52.06%

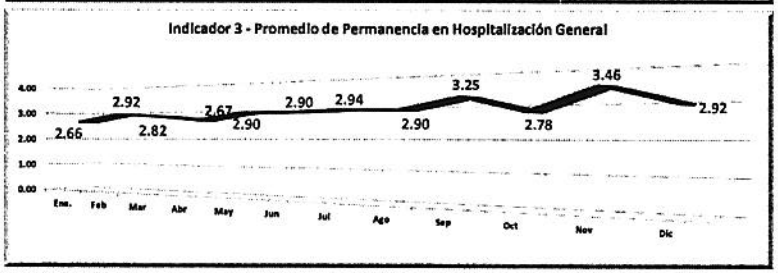
Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

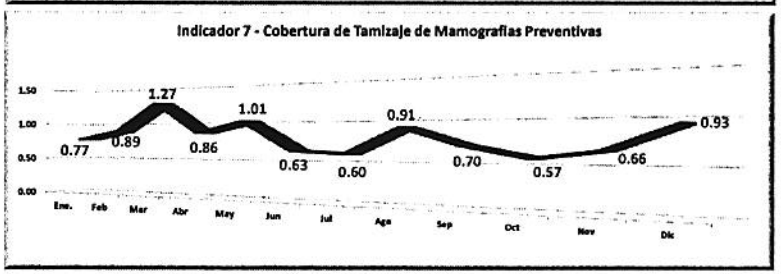


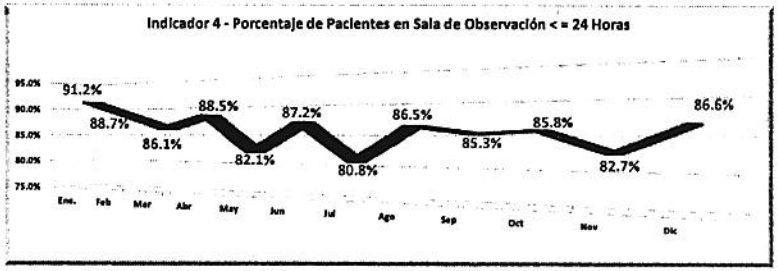


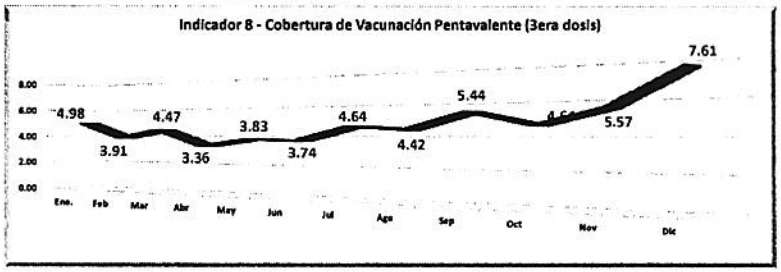












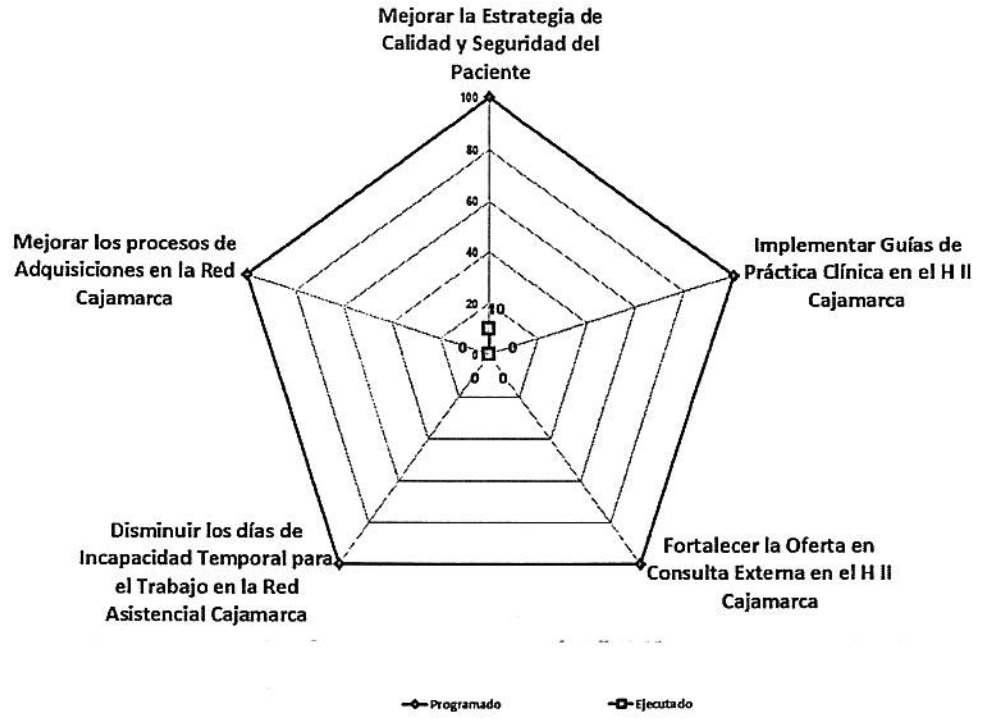
V°B° Ing. A. ROJAS - ESSALUD

V°B° V. REYNA Gerente - ESSALUD

V°B° Econ. A. Verástegui SubGerente - ESSALUD

Red Asistencial CAJAMARCA

Actividades Desarrolladas para el cumplimiento de la Iniciativas de Gestión



Mediante Resolución N° 046-DM-RACAJ-ESSALUD-2014, del 06-02-2014, se conformó el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, vigente a la fecha.

No evaluó

Gestión de la RAS

En el mes de Enero
- ✓ Se conformó la Comisión de Evaluación de Incapacidades – COMECI.

En el mes de Febrero
- ✓ Comités Médicos de Auditoria de Incapacidades – COMAI: Se constituyó la Comisión Medica Calificadora de Incapacidades de la Ley N° 26790 de la RAS Cajamarca 2015-2017.
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Odontológica de la RAS Cajamarca
- ✓ Se conformó el Comité Técnico de Acuerdos y Compromisos de Gestión – RAS Cajamarca.-
- ✓ Se conformó el Comité Técnico Operativo para la Implementación y Funcionamiento del Servicio de Lactario Institucional para Trabajadoras de EsSalud de la RAS Cajamarca

En el mes de Marzo
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Medica del H II de la RAS Cajamarca – 2015.

En el mes de Mayo
- ✓ Se conformó el Comité de Evaluación Médica de Incapacidades para Hijos de Asegurados Mayores de 18 años 2015, de la RAS Cajamarca.

En el mes de Junio
- ✓ Se conformó el Comité Técnico de Formulación de Plan de Director de Inversiones de la RAS Cajamarca.

Red Asistencial CAJAMARCA

En el mes de Agosto

- ✓ Se conformó el Comité Farmacológico de la RAS Cajamarca.

En el mes de Octubre

- ✓ Se designó al responsable de la Campaña de Baños Limpios y Seguros
- ✓ Se conformó el Comité de Investigación y Ética en la Investigación de la RAS Cajamarca 2015-2016
- ✓ Se aprobó la solicitud de ampliación de plazo parcial 003: Construcción del Cerco Perimétrico del Nuevo H II Cajamarca
- ✓ Se conformó el Comité Evaluador del Programa "Personas que Dejan Huella", de la RAS Cajamarca

En el mes de Diciembre

- ✓ Se aprobó el Plan de Respuesta ante Situaciones de Emergencia y Desastres – RAS Cajamarca, periodo 2015-2016

Principales Gastos Logísticos (PAC – 2015)

Descripción (*)	Tipo de proceso	Valor estimado S/.
Compra anual de instrumental y material para cirugía laparoscópica	ADS	74,321.00
Compra anual de insumos microbiología automatizada	ADS	89,500.00
Compra anual de material dental 2015 para la RAS Cajamarca	ADS	145,325.00
Compra anual de material médico fuera de suministro para la RAS Cajamarca	ADS	102,657.96
Compra anual de material para banco de sangre	ADS	73,520.00
Compra anual de material para hematología	ADS	130,923.00
Compra anual de material para inmunología especial	ADP	266,429.00
Compra anual material radiológico fuera de suministro	ADS	51,951.00
Compra de la delegación a compra local de soluciones y materiales DIPAC por 2 litros sistema andy disc - 2015 pacientes continuadores para la RAS Cajamarca	AMC	61,614.00
Compra de la delegación a compra local de soluciones y materiales DIPAC por 2 litros sistema ultrabag - 2015 pacientes continuadores para la RAS Cajamarca	AMC	220,600.72
Compra de reactivos para bioquímica por seis meses 2014 para la RAS Cajamarca.	ADP	345,213.50
Compra de soluciones y materiales DIPAC por 2 litros sistema andy disc pacientes continuadores delegación -2015 – RAS Cajamarca	ADS	391,178.40
Compra de víveres frescos para la preparación de dietas de pacientes hospitalizados	ADS	101,278.20
Compra local de soluciones y materiales DIPAC x 2 litros sistema ultrabag -2015 pacientes continuadores para la RAS Cajamarca	AMC	238,678.80
Contratación de personal para EsSalud en Línea	ADP	411,454.60
Contratación del servicio de alquiler de camionetas 4x4 por doce meses para PADOMI, CEPRIT y consultorios externos RAS Cajamarca	ADS	112,800.00
Contratación del servicio de alquiler de combi por un año para el H II Cajamarca de la RAS	AMC	63,500.00
Contratación del servicio de alquiler de inmueble para la PM Bambamarca por 03 periodos anuales de la RAS Cajamarca	ADS	108,000.00
Contratación del servicio de mantenimiento de cobertura de techo de local de consultas externas H II Cajamarca	ADS	52,299.24
Contratación del servicio de mantenimiento de infraestructura del CM Cajabamba –RAS Cajamarca	ADS	95,051.51
Contratación del servicio de transporte terrestre de pacientes referidos a Chiclayo por 12 meses RAS Cajamarca	ADP	306,880.00
Contratación del servicio de transporte terrestre de pacientes referidos a Piura por 12 meses RAS Cajamarca	ADS	151,560.00
Total		2'698,808.75

(*) Periodos de 12 meses

Principales Cursos Talleres llevados a cabo

1. Inducción de nuevos profesionales de salud - SERUMS 2015, dirigido a 39 participantes. (S/. 3,460).
2. Curso de Transporte del Paciente Crítico, dirigido a 30 participantes. (S/. 1,230).
3. Curso soporte avanzado soporte de trauma y masivas, dirigido a 30 participantes. (S/. 2,690)
4. Curso Soporte Vital Prolongado (SVP), dirigido a 28 participantes. (S/. 2,640)
5. Curso de Ventiloterapia artificial (MVA), dirigido a 28 participantes. (S/. 2,640)
6. Curso en mejora y enriquecimiento de la gestión jurídica, dirigido a 4 participantes. (S/. 1,500)

Red Asistencial CAJAMARCA
7. Jornada fortaleciendo la prevención de seguridad y salud en el trabajo, dirigido a 45 participantes. (S/. 1,000) 8. Curso taller en psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal, dirigido a 19 participantes. (S/. 1,000). 9. Curso taller en manejo de las emergencias obstétricas en hospital de mayor nivel, dirigido a 19 participantes. (S/.1,000) 10. Curso taller en nueva ley de gestión logística y/o contrataciones públicas, dirigido a 14 participantes. (S/. 2,400) 11. Curso para actualización de las prácticas de atención según DISEЯ de modelo de EsSalud, dirigido a 50 participantes. (S/. 2,400)



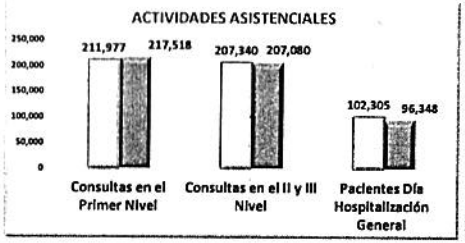


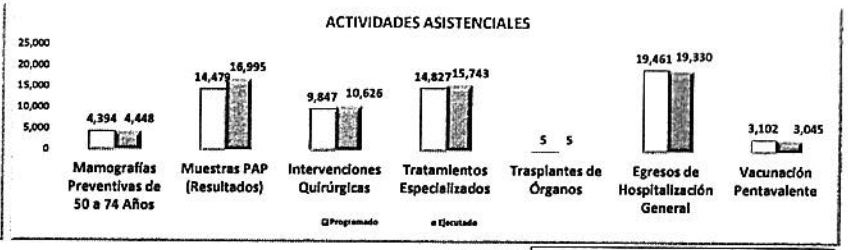


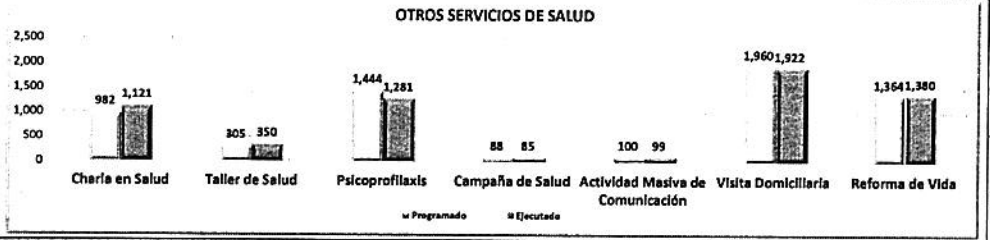
Evaluación del Plan Operativo Institucional 2015 - Desagregado
Red Asistencial CUZCO

ACTIVIDADES OPERATIVAS - ASISTENCIALES

	PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD	UNIDAD DE MEDIDA	Al IV Trimestre		Cumplimiento %
			Programado	Ejecutado	
1	Consultas en el Primer Nivel	Consultas	211,977	217,518	103%
2	Consultas en el II y III Nivel	Consultas	207,340	207,080	100%
9	Pacientes Día Hospitalización General	Paciente día	102,305	96,348	94%
3	Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años	Mamografías preventivas con resultado	4,394	4,448	101%
4	Muestras PAP (Resultados)	Exámenes PAP con resultado	14,479	16,995	117%
5	Intervenciones Quirúrgicas	Intervenciones Quirúrgicas	9,847	10,626	108%
6	Tratamientos Especializados	Tratamientos Especializados	14,827	15,743	106%
7	Trasplantes de Órganos	Trasplantes	5	5	100%
8	Egresos de Hospitalización General	Egresos	19,461	19,330	99%
10	Vacunación Pentavalente	Vacunas (3ª dosis)	3,102	3,045	98%
11	Otros servicios de Salud				
11.1	Charla en Salud	Charlas	982	1,121	114%
11.2	Taller de Salud	Sesiones	305	350	115%
11.3	Psicoprofilaxis	Sesiones	1,444	1,281	89%
11.4	Campaña de Salud	Campañas	88	85	97%
11.5	Actividad Masiva de Comunicación	Eventos	100	99	99%
11.6	Visita Domiciliaria	Visitas	1,950	1,922	98%
11.7	Reforma de Vida	Sesiones	1,364	1,380	101%







Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel >= 100% son: Consultas en el PN (103%), Consultas en el II y III Nivel (100%), Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años (101%), Muestras PAP (117%), Interv Qx. (108%), Tratamientos Especializados (106%) y Tx. Órganos (100%). Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel de avance por debajo del 95% son las referidas a: Pac. Día Hospitalización Gral. (94%)

De las 07 Actividades denominadas Otros Servicios de Salud, tres (03) muestran un avance >=100% y una (01) se encuentran con un nivel de avance mayor al 95% siendo estas: Psicoprofilaxis (89%)

INICIATIVA DE GESTIÓN — AVANCE POI - 2015 — BUENO

Actividades	Responsable	Fec. Ini. RePlan	Fec. Fin RePlan	Valor %	Valor ganado	Valor planeado	Indice Plazo actual	Hitos ejecutados N° HITOS	SI (100%)	NO (0 %)	AVANCE	Cumplimiento %
(15)51.Fortalecer el proceso de Autoevaluación en la Red Asistencial Cusco	María Isabel Chacón	01-mar	30-nov	100	44.4	100	0.444	7	1	2	4	14.29%
(15)52.Fortalecer los Servicios de Emergencia, Consulta Externa y Centro Quirúrgico del HNAGV	Juan Spelucin	01-mar	31-dic	100	81.3	100	0.813	9	5	0	4	55.56%
(15)53.Monitorear y evaluar la implementación de la Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente	Rina Barreto	01-mar	31-dic	100	100	100	1	9	9	0	0	100.00%
(15)54.Monitorear y evaluar la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	Tania Chavez	02-feb	31-dic	100	86	100	0.86	10	7	1	2	70.00%
(15)55.Fortalecer el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis	Alfonso Apaza	01-feb	31-dic	100	100	100	1	13	13	0	0	100.00%
(15)56.Fortalecer el Programa de Prevención y Control de las ITS-VIH/SIDA	Zonia Mendoza	01-mar	31-dic	100	100	100	1	9	9	0	0	100.00%
(15)57.Continuar con la mejora de la Capacidad Resolutiva y Oferta de los centros asistenciales del primer nivel y segundo nivel con población adscrita de la Red Cusco	Jorge Velazco	01-mar	31-dic	100	62.5	100	0.625	9	4	1	4	44.44%
Iniciativa de Gestión		01-feb	31-dic	100	82.03	100.00	0.8203	66	48	4	14	72.73%

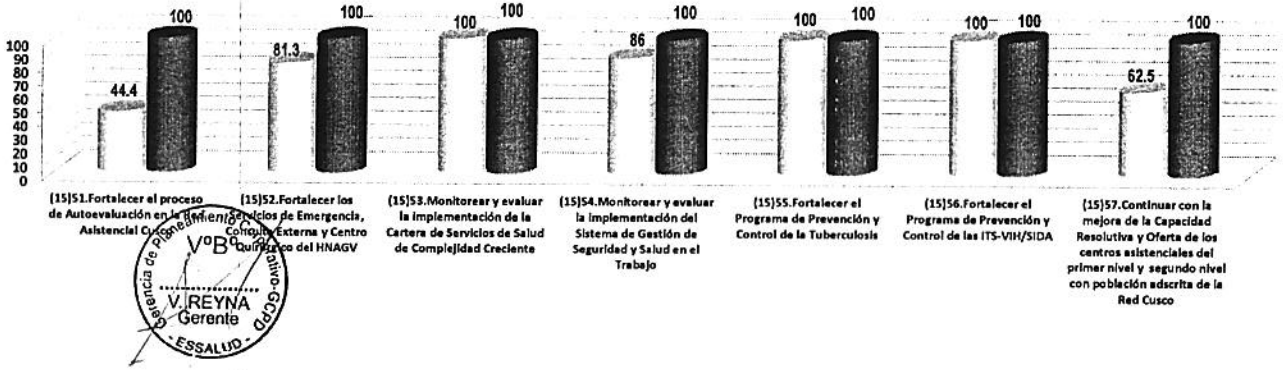
1)Para fortalecer los Servicios de Emergencia, Consulta Externa y Centro Quirúrgico del HNAGV, se aprobó el Plan de Mejora Continua del Servicio de Emergencia. 2)Realizaron 02 eventos de capacitación de Proyectos de Mejora Continua, donde participaron personal e integrantes de los Proyectos Mejora del HNAGV. Informe de Capacitación

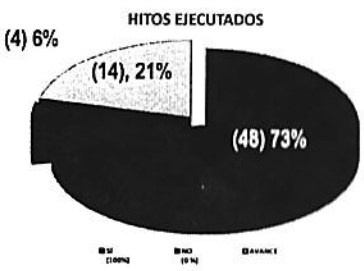
1)Res. N° 427-GRACU-2015 se conforma el Equipo Técnico de Monitoreo y Evaluación de la Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente en la Red Cusco, presidido por la OCP. 2)Cartas 2048 y 2111-OCP-15, realizó el Taller Formulación del Plan de Aplicación y Evaluación de la Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente, el 05-11-15, con 17 participantes de los EESS de la Red, se definieron estrategias de mejora. (C 2375-OCP-15). 3)16 EESS de la RAS aplican la Cartera de Servicios Complejidad Creciente, según su capacidad resolutiva.

Res. N° 115-GRACU-EsSalud-2015, 24-03-15, se conformó el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Gerencia de Red Asistencial Cusco, período 2015-2016. 1)Res.N 477-GRACU-15 se aprobó el Plan de Trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Red Asistencial Cuzco para el período 2015-2016 (Carta 03-CEPRIT-2016). 2)El encargado de la Unidad Ocupacional del HNAGV sustentó y gestionó la implementación de la Unidad de Salud Ocupacional (Carta 070-USOH-D-HNAGV-2015, Carta 120-MPE-OPO-15). 3)Se elaboró y publicó los Mapas de Riesgos de los servicios (Por niveles y sectores) del HNAGV (Carta 166-CEPRIT-2015)

Res.N° 202-GRACU-2014, se designó al coordinador del Programa de ITS+VIH/SIDA y Comité Técnico Asesor (Carta Circular N° 135-GCPS-2014). 1)Res.Nro. 428-GRACU-ESSALUD-2015, Comité Técnico Asesor del Programa de Prevención y Control de la ITS-VIH/SIDA, de la RAS Cuzco. 2)Reunión Técnica sobre manejo integral del Paciente con ITS-VIH/SIDA, el mes de Octubre-15, con participación del personal responsable de ITS-VIH/SIDA de los EESS de la Red (Cartas 21-ENF-OCP-GRACU-15, 2072-OCP-GRACU-15). 3)Resultado de Tamizajes VIH realizados: 4536 en asegurados, 62% de la meta; 20 en pacientes con TB, 100% de la meta; 268 en pacientes con ITS igual a 52%; 3728 en gestantes.

1)Res.No. 28-GRACU-ESSALUD-2015, Comité de Acreditación del HNAGV. 2)Res. No. 322-GRACU-ESSALUD-2015, Comité de Acreditación EESS de la RAS. 3)Res.No. 344-GRACU-ESSALUD-2, Comité de Acreditación Pol.Sicuani. 4)IV Taller de Acreditación de EESS a nivel Macro Regional Sur. 5)14 EESS realizaron la primera Autoevaluación (01 EESS > a 75%, 11 EESS entre 50 y 75%, 02 EESS < 50%); 03 EESS no cumplieron: HNAGV, CM Metropolitano, CAP Sto. Tomás. 6)Resultados Autoevaluación por el método de semaforización; pendiente elaborar e implementar el Plan de Mejoras. 7) 02 EESS realizaron la segunda Autoevaluación: HI Sicuani y CM Urcos (Informe N 101-OGCCI-OGD-GRACU-2015)





V°B° Ing. A. ROJAS — ESSALUD

V°B° Econ. A. Verástegui SubGerente — ESSALUD

V°B° V. REYNA Gerente — ESSALUD

Patron de Comportamiento de los Indicadores del POI - FONAFE de la Red Asistencial CUZCO

1. Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva del I Nivel de Atención	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Ratio	1.04	1.02

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

2. Diferimiento de Citas Consulta Externa pacientes referidos del I al III Nivel	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	15	15

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

3. Promedio de Permanencia en Hospitalización General	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	5.03	5.03

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

4. Porcentaje de Pacientes en Sala de Observación < = 24 Horas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Porcentaje (%)	82.67%	82.67%

5. Tiempo de Espera de Intervención Quirúrgica	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	45	45

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

6. Cobertura de Tamizaje de Cancer de Cuello Uterino	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	27.50%	14.50%

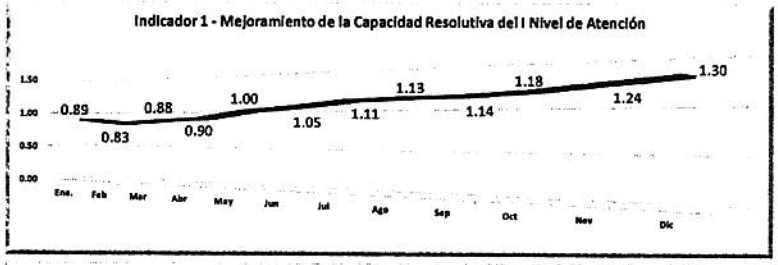
Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

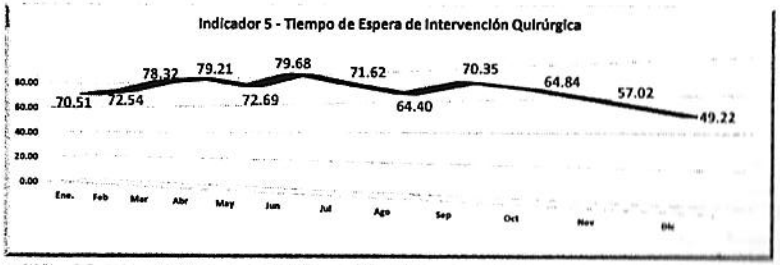
7. Cobertura de Tamizaje de Mamografías Preventivas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	21.80%	15.85%

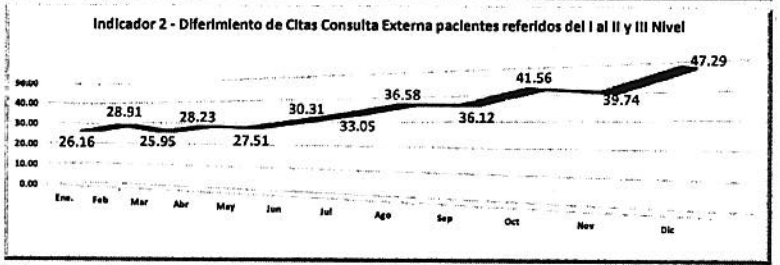
Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

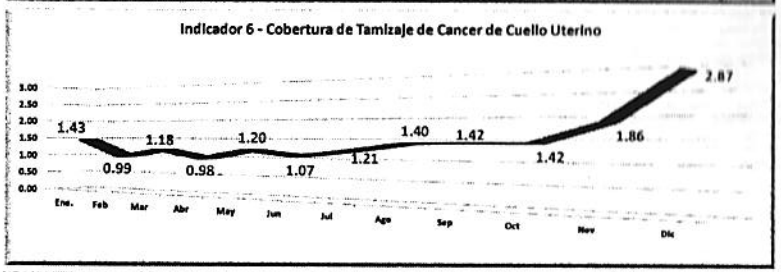
8. Cobertura de Vacunación Pentavalente (3era dosis)	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	80.00%	68.57%

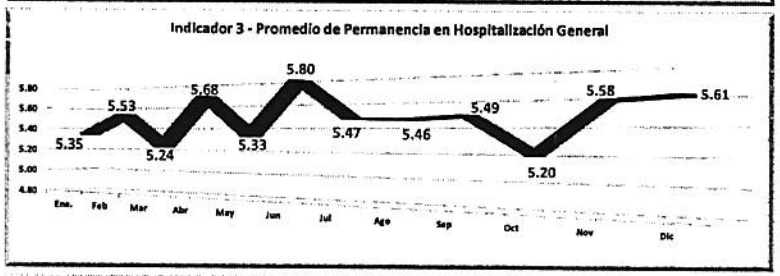
Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

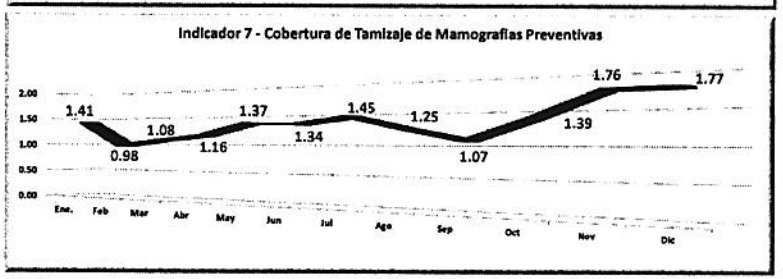


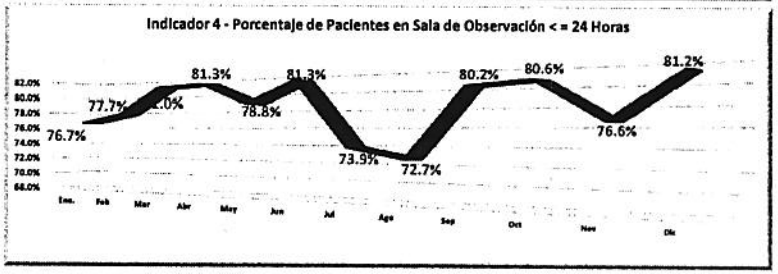


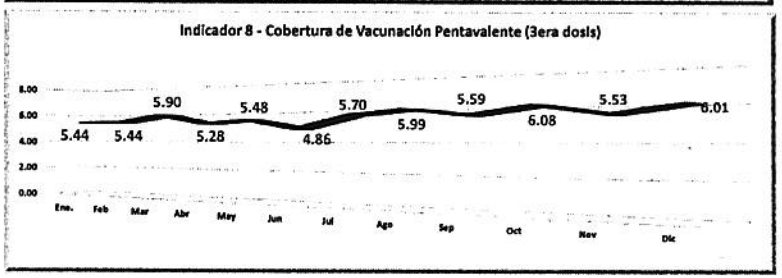












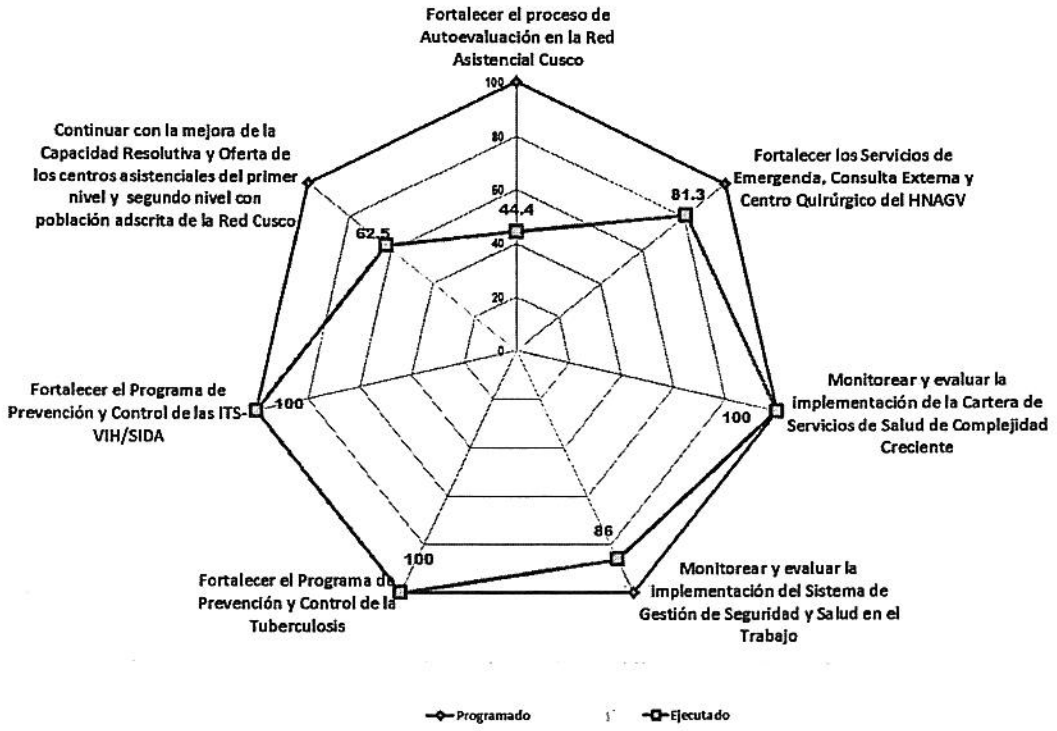
V°B° Mg. A ROJAS - ESSALUD

V°B° V. REYNA Gerente - ESSALUD

V°B° Econ. A Verástegui SubGerente - ESSALUD

Red Asistencial CUZCO

Actividades Desarrolladas para el cumplimiento de la Iniciativas de Gestión



Para: Fortalecer el proceso de Autoevaluación en la Red Asistencial Cusco

- Mediante Resolución Nro. 28-GRACU-ESSALUD-2015, se conformó el Comité de Acreditación del HNAGV
- Mediante Resolución Nro. 322-GRACU-ESSALUD-2015, se conformó el Comité de Acreditación Establecimientos de Salud de la RAS (CM Acomayo, CM Urcos, CAP I Echarate, CM Paucartambo, CM Calca, CM Metropolitano, H I Urubamba, H I Quillabamba, H I Espinar, CM Santiago)
- Mediante Resolución Nro. 344-GRACU-ESSALUD-2, se conformó el Comité de Acreditación del Policlínico Sicuani
- Se participó en el IV Taller de Acreditación de EESS realizado a nivel Macro Regional Sur en Nov.-15, con 05 participantes quienes serán nominados para integrar el Equipo de Acreditación (Inf. N° 101-OGCC).
- 14 EESS realizaron la primera Autoevaluación (Resultados: 01 EESS mayor a 75%, 11 EESS entre 50 y 75%, 02 EESS menor 50%); 03 EESS no cumplieron: HNAGV, CM Metropolitano, CAP Sto. Tomás. Inf 101-OGCCI
- Se realizó la evaluación de resultados del proceso de Autoevaluación por el método de semaforización, pendiente elaborar e implementar el Plan de Mejoras. (Inf. N 101-OGCCI-GRACU-2015)
- 02 EESS realizaron la segunda Autoevaluación: HI Sicuani y CM Urcos (Informe N 101-OGCCI-OGD-GRACU-2015)

Para: Fortalecer los Servicios de Emergencia, Consulta Externa y Centro Quirúrgico del HNAGV

- Se realizaron 02 eventos de capacitación de Proyectos de Mejora Continua, donde participaron personal e integrantes de los Proyectos Mejora del HNAGV. Informe de Capacitación
- No se conformó el Equipo de Mejora Continúa pero se trabajó coordinadamente con los Jefes de Servicio, lográndose disminuir el tiempo de espera Qx e incrementar la productividad del centro Qx en 20%.
- A través de la Oficina de Referencias se filtró las referencias que no ameritaban ser atendidas por médicos especialistas, no se llegó a formular el Plan de Mejora.
- Se monitoreó permanentemente los Servicios: Emergencia con el Comité de Camas, Centro Qx con Jefes de Cirugía y Consulta Ext con la Oficina de Referencia se disminuyeron los tiempos de espera de Emergencia y Cirugía
- Se ha evaluado el comportamiento diario, superándose la meta al mes de diciembre, 80% de egresos en sala de

observación menor o igual a 24 horas.

- Se ha evaluado el comportamiento pero no se logró mejorar por falta de médicos especialistas y deficiente capacidad resolutiva del primer y segundo nivel.
- Se cumplió con monitorear y mejorar el comportamiento Días de Espera Qx., con el Plan Oportunidad Qx a través de RPCT Qx, con presupuesto de S/ 80,000, logrando reducir la espera de 75 a 54 días

Para: Monitorear y evaluar la implementación de la Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente

- Mediante Resolución N 427-GRACU-2015 se conforma el Equipo Técnico de Monitoreo y Evaluación de la Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente en la Red Cusco, presidido por la OCP.
- Mediante Cartas 2048 y 2111-OCP-15, realizó el Taller Formulación del Plan de Aplicación y Evaluación de la Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente, el 05-11-15, con 17 participantes de los EESS de la Red, se definieron estrategias de mejora. (C 2375-OCP-15);
- Se evaluó la ejecución de actividades y metas de la Atención Integral de Salud a la Persona, no se cumplió con el monitoreo mensual (Carta N° 2375-OCP); se expuso y evaluó las actividades de Atención Integral de Salud a la Familia, realizaron visitas domiciliarias (Carta N° 48-OCP-15); se expuso y evaluó las actividades de Atención integral de salud a la Comunidad, en los 16 EESS se implementaron estrategias;
- Los 16 EESS de la RAS aplican la Cartera de Servicios Complejidad Creciente, según su capacidad resolutiva. El 50% de EESS no cuentan laboratorio ni RX. Reporta que se implementó con Equipamiento básico (Carta N° 48-OCP)

Para: Monitorear y evaluar la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

- Mediante Resolución Nro. 115-GRACU-ESSALUD-2, se conformó el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo de la RAS Cuzco
- Mediante Res N 477-GRACU-15 se aprobó el Plan de Trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Red Asistencial Cuzco para el período 2015-2016 (Carta 03-CEPRIT-2016)
- El médico encargado de la Unidad Ocupacional del HNAGV ha sustentado y gestionado la implementación de la Unidad de Salud Ocupacional (Carta 070-USOH-D-HNAGV-2015, Carta 120-MPE-OPO-15).
- Se elaboró y publicó los Mapas de Riesgos de los servicios (Por niveles y sectores) del HNAGV (Carta 166-CEPRIT-2015)
- Mensualmente el CEPRIT ha informado la ejecución del Programa Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo implementado en la Red (IPERC, evaluación de salud, último informe con Carta N 03 y 04-CEPRIT-16
- Se ha cumplido mensualmente con realizar los exámenes médicos a los trabajadores de acuerdo a las normas vigentes, según informe mensual del CEPRIT (Carta N 173-CEPRIT-OCP-GRACU-2015).
- Se ha cumplido con la supervisión y evaluación de las áreas administrativas, instalaciones y maquinarias: Ofic Aseguramiento, Prestaciones Sociales, Ingeniería Hospitalaria y Mantenimiento (C. N°146-CEPR)
- Mediante Cartas 132 y 166-CEPRIT-15 se informa las capacitaciones y entrenamiento en seguridad y salud realizadas in situ en los EESS de H I Urubamba y CM Calca

Para: Fortalecer el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis

- Mediante Resolución N 010-GRACU-2016 se conforma el Comité Técnico Asesor y la Coordinadora para la Prevención y Control de Tuberculosis de la Red Cusco.
- Se ha cumplido con la realización de las Reuniones Técnicas sobre manejo del Paciente con TB con participación de los miembros del Comité Técnico Asesor de la Red Cusco, lo que ha permitido tomar decisiones oportunas (C 15-Enf-15)
- Se realizaron reuniones para evaluar los indicadores operacionales sólo con la participación del Comité Asesor, habiéndose implementado acciones oportunas en los EESS. (Cartas 19 COMTB, 15-ENF)
- Durante el año se realizó permanente supervisión a los EESS de la Red, para monitorear la aplicación de la estrategia y lectura de bacilos copias en laboratorio (Carta N 19-COM-EST-CPTB-GRACU-2015)
- Tomando como modelo el Plan del nivel central, el Comité Técnico elaboró el Plan Comunicacional por el día Mundial de lucha contra la TB de la Red acondicionado a los recursos disponibles, y que fuera difundido y ejecutado por los EESS (C 19-COM-CPTB-GRACU-15).
- Se realizó la impresión de documentos técnicos y Material Educativo: Libro de Registros Sintomático Respiratorio, Pacientes con TB, Baciloscopías realizadas, Tarjeta de Tratamiento (primera, segunda línea).
- El equipo multidisciplinario realizó reuniones de manejo integral de paciente positivo e implementó estrategias para captar sintomáticos respiratorios, adjuntan relación asistentes (C 19-EST-CPTB-15)
- Se confeccionaron e implementaron 10 Unidades Recolectoras de Muestra de Esputo para TBC, en los EESS de la Red (Carta N 19-COM-EST-CPTB-GRACU-2015).
- Mediante Carta N 1867-OCP-15 la Oficina de Coordinación de Prestaciones solicitó la adecuación del ambiente de

Red Asistencial CUZCO

TB del HNAGV, requerimiento que se encuentra en la División de Ingeniería Hospitalaria

- Mediante Resolución N 08-GRACU-2016, se aprueba el Plan de Control de Infecciones por TB en la Red Asistencial Cusco. El Plan de Capacitación en Control de Infecciones en Tuberculosis en el HNAGV, implica identificar factores de riesgos de contagio de TB intrahospitalario, propuestas y alternativas en la prevención de la TB, dirigida a 60 personas (Octubre-Noviembre-2015).
- Se planificó la mejoras y/o acondicionamiento de los ambientes de la Estrategia TB en dos EESS: HNAGV y HI Sicuani, el requerimiento del primero no ha sido atendido por la División de Ingeniería Hospitalaria, el segundo se acondicionó con personal propio.
- Mediante Orden de Compra N° 4502369467 por S/.11,200 para la confección de Cabina Recolectora de Muestra de Esputo para TB.
- Los pacientes con TB están concentrados en Cusco y son atendidos por el HNAGV, estando a cargo de una enfermera el seguimiento y control de pacientes, quien realizó las visitas domiciliarias a paciente
- El traslado de muestras para cultivo a la DIRESA Cusco se realizó de acuerdo a la demanda del personal responsable sin inconvenientes, adjuntan relación en copias (C N 19-COM-EST-CPTB-GRACU-15)

Para: Fortalecer el Programa de Prevención y Control de las ITS-VIH/SIDA

- Mediante Res. Nro. 428-GRACU-ESSALUD-2015, se conformó el Comité Técnico Asesor del Programa de Prevención y Control de la ITS-VIH/SIDA, de la RAS Cuzco.
- Se llevó a cabo la Reunión Técnica sobre manejo Integral del Paciente con ITS-VIH/SIDA, el mes de Octubre-15, con participación del personal responsable de ITS-VIH/SIDA de los EESS de la Red (Cartas 21-ENF-OCP-GRACU-15, 2072-OCP-GRACU-15)
- Se realizaron reuniones de evaluación de indicadores con participación del equipo multidisciplinario y personal de obtetrices, a fin de unificar criterios de informes operacionales (Informe N° 15-ENF-OCP-16).
- Se elaboró e implementó el Plan Comunicacional Día Mundial de Lucha contra el SIDA, en todos los EESS de la Red, siendo las actividades realizadas del 23-11-15 al 04-12-15 con entrega de material educativo (C 15-ENF).
- Se cumplió con la impresión y difusión de material educativo para la Campaña y atención en consultorio, no ha sido necesario imprimir los documentos técnicos por disponer de ellos (Carta N° 01-ENF-16)
- Se elaboró las especificaciones técnicas para la adquisición de pruebas rápidas, gestionándose la compra para su implementación en los EESS de la Red (O/C, Carta 25-ENF-OCP-15)
- No fue necesario tercerizar el servicio, los pacientes son referidos y atendidos en Lima, la carga viral se realiza en el HNAGV que atiende en forma oportuna todas las solicitudes. Informa Líder (C. 01-ENF-2016).
- Resultado de Tamizajes VIH realizados: 4536 en asegurados, 62% de la meta; 20 en pacientes con TB, 100% de la meta; 268 en pacientes con ITS igual a 52%; 3728 en gestantes.
- Orden de Compra N°4502489818 por S/. 6,624, compra de 2,760 PBA – Anticuerpo VIH Prueba Rápida.

Para: Continuar con la mejora de la Capacidad Resolutiva y Oferta de los centros asistenciales del primer nivel y segundo nivel con población adscrita de la Red Cusco

- De las coordinaciones efectuadas con la OPO y la DIHSG, se logró la contratación de médicos en CM Santiago, Policlínico Sn Sebastián, CM Metropolitano, Policlínico Sicuani, H I Quillabamba, H I Urubamba y dotación de equipos.
- Se realizó la verificación, seguimiento e implementación de normas y directivas relacionadas con la gestión y prestación de servicios de salud
- La Oficina de Inteligencia Sanitaria emite trimestral y anualmente los Perfiles Epidemiológicos, habiendo entregado del 2,014. (Cartas N 031 y 032-OIS-15)
- Se realizaron pasantías CREDE en la Red Sabogal, participaron 04 enfermeras (Sicuani, Urcos, Espinar, Quillabamba); Vigilancia Epidemiológica en la Red Rebagliati (1 médico, 1 enfermera).
- Mediante Res N 282-GRACU-15 se aprobaron 06 GPC de Pediatría: Infección Urinaria, Neumonia, EDA, Asma Bronquial, Bronquiolitis, Laringotraqueitis Aguda elaboradas por el Servicio de Pediatría HNAGV
- El Líder sustentó y solicitó la implementación de la Referencia Farmacológica con Carta N 216-DCMM-15, la cual fue evaluada con Informe N 10-MPE-OPO-15 en informada con Carta N 452-OPO-15

Gestión de la RAS

En el mes de Enero

- ✓ Se conformó Comité de Atención Primaria del CM Metropolitano.

Red Asistencial CUZCO

- ✓ Se conformó el Comité de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente (CM Acomayo, CM Paucartambo, CM Machupicchu, CM Urcos, CM Calca, CM Santiago, CM Metropolitano, H I Quillabamba, H I Sicuani, H I Urubamba, H I Espinar, PM Salvación, PM Huyro, CAP I Echarate, Hospital Base Adolfo Guevara Velasco, CAP I Santo Tomas)

En el mes de Febrero

- ✓ Se autorizó del uso de laboratorio del Área de Patología para el termino de trabajo de investigación: Proyecto de investigación "Efectividad del extracto de cyphomandra betacea cavenille sendtner en la viabilidad de células epiteliales y cancerígenas ".
- ✓ Se autorizó: Proyecto de investigación "Perfil Epidemiológico y Clínico de los Pacientes con Diagnostico de Traumatismo Encefalocraneano Hospitalizado en UCI del HNAGV".
- ✓ Se autorizó: Proyecto de investigación "Factores Asociados a Policitemia Neonatal HN AGV 2014".
- ✓ Se conformó el Comité Medico de Auditoria de Incapacidades - COMAI del H I Urubamba.

En el mes de Marzo

- ✓ Se conformó el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo de la RAS Cusco.

En el mes de Abril

- ✓ Se conformó el Comité de Ética en Investigación de la RAS Cuzco

En el mes de Mayo

- ✓ Se conformó el Comité Farmacológico 2015 del HNAGV (Hospital Base Adolfo Guevara Velasco)
- ✓ Se conformó el Comité Farmacovigilancia del H I Quillabamba
- ✓ Se autorizó: Proyecto de Investigación nivel de Conocimiento en Relación a la Gestión Administrativa de la Enfermera en el Centro Quirúrgico del HNAGV

En el mes de Junio

- ✓ Se autorizó: Proyecto de Investigación Determinación de la Citometría Hemática de Rango Normal a 3400 m.s.n.m. en Pacientes Adultos del HNAGV 2015.
- ✓ Se conformó el Comité Materno Perinatal del H I Espinar
- ✓ Se conformó el Comité Técnico de Formulación del Plan Director de Inversiones de la GRACU
- ✓ Se conformó el Comité de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente en los Servicios de Salud del H I Quillabamba

En el mes de Julio

- ✓ Se aprobaron 06 Guías Técnicas de Práctica Clínica del Servicio de Pediatría HNAGV: Infección del Tracto Urinario. Bronquitis Aguda, Neumonía de la Comunidad en Niños, Laringotraqueitis Aguda, Enfermedad Diarreica Aguda y Asma Bronquial en Pediatría.
- ✓ Se autorizó: Proyecto de Investigación Perfil personal y Clínico de Pacientes con Cáncer atendidos en el HNAGV, periodo. 2012-2013
- ✓ Se conformó el Comité de Farmacovigilancia del H I Espinar

En el mes de Agosto

- ✓ Se conformó el Comité de Acreditación de los Establecimientos de Salud de la RAS (CM Acomayo, CM Urcos, CAP I Echarate, CM Paucartambo, CM Calca, CM Metropolitano, H I Urubamba, H I Quillabamba, H I Espinar, CM Santiago)
- ✓ Se conformó el Comité de Farmacovigilancia del CM Metropolitano

En el mes de Setiembre

- ✓ Se autorizó: Proyecto de Investigación Factores Asociados a la No Adherencia al Tratamiento Farmacológico Antihipertensivo, Hospital Antonio Lorena y HNAGV – 2015
- ✓ Se conformó el Comité de Acreditación de los Establecimientos de Salud de la RAS (CM Acomayo, CM Urcos, CAP I Echarate, CM Paucartambo, CM Calca, CM Metropolitano, H I Urubamba, H I Quillabamba, H I Espinar, CM Santiago).

En el mes de Octubre

- ✓ Se conformó el Comité Técnico Asesor del Programa de Prevención y Control de la ITS-VIH/SIDA GRACU

En el mes de Noviembre

- ✓ Se autorizó: Proyecto de Investigación Calidad de Atención de Parto según la Percepción de la Puérperas en el Centro Obstétrico del HNAGV 2015
- ✓ Se conformó la Comisión de Incineración y/o Entierro de Medicamentos y Material Médicos Vencidos y/o Deteriorados
- ✓ Se reconformó el Comité de Auditoria Medica H I Sicuani
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria en Enfermería en el HNAGV.
- ✓ Se reconformó el Comité de Auditoria de Incapacidades (COMAI) del H I Sicuani
- ✓ Se creó la Unidad de Medicina Complementaria (UMEC) en el H I Quillabamba
- ✓ Se aprobó el Plan de Trabajo del Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo de la GRACU ejercicio 2015-2016

Red Asistencial CUZCO

- ✓ Se autorizó: Proyecto de investigación Evaluación de la Efectividad de los Procesos de Esterilización en la Central de Esterilización del HNAGV

En el mes de Diciembre

- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Medica de los CAS de la RAS Cuzco, para la elaboración del Plan Anual de Auditoria Medica - 2016
- ✓ Se conformó la Comisión de toma Inventario Físico de Existencias en Farmacias y Deposito del HNAGV
- ✓ Se conformó la Comisión de toma de Inventario Físico de Existencias en Almacén Central del HNAGV, Medicinas, Material Médico, Material de Laboratorio y Útiles de Escritorio
- ✓ Se conformó la Comisión de toma de Inventario Físico de Existencias en Farmacias y Depósitos de los CAS de la ras Cuzco
- ✓ Se autorizó la ejecución del Proyecto de Investigación "Percepción del Clima Organizacional en Trabajadores del Centro Quirúrgico del HNAGV - 2015.
- ✓ Se designó a los Médicos de Control de CITT del CM Calca

Principales Gastos Logísticos (PAC – 2015)

Descripción (*)	Tipo de proceso	Valor estimado S/.
Adquisición de material médico de otorrinolaringología	ADP	**399,050.00**
Adquisición de material e insumos de laboratorio automatizados	LP	**2,202,013.28**
Adquisición de medicamento a imiglucerasa	LP	**503,296.56**
Adquisición de material médico de cirugía plástica	LP	**547,500.00**
Contratación del servicio de mantenimiento de infraestructura para la RAS Cuzco	AMC	**850,000.00**
Contratación del servicio de mantenimiento de equipos electromecánicos y térmicos de la RAS Cuzco	AMC	**865,000.00**
Contratación del servicio de alimentación y nutrición para el HNAGV de la RAS Cuzco	CP	**3,295,715.14**
Servicio de otorgamiento de citas por el sistema de referencias e información administrativa económica y de seguros en línea para la RAS Cuzco	CP	**480,818.38**
Contratación del servicio de mantenimiento especializado de tomógrafo computarizado de 16 cortes incluye cambio de tubo marca general electric modelo bright speed elite	CP	**560,647.50**
Contratación del servicio de traslado tratamiento y eliminación de residuos biocontaminados de la RAS Cuzco	CP	**441,841.20**
Contratación del servicio de orientación, recepción y gestión del proceso de consulta externa en los módulos de atención al asegurado	CP	**720,000.00**
Contratación del servicio de agenciamiento de pasajes aéreos para pacientes referidos y personal administrativo de la Gerencia de la RAS Cuzco por 12 meses	CP	**1,569,393.02**
Total		**12'435,275.08**

(*) Periodos de 12 meses

Principales Cursos Talleres llevados a cabo

1. Soporte Vital Básico, dirigido a 40 participantes. (S/. 3,860)
2. Soporte Vital Avanzado, dirigido a 40 participantes. (S/. 3,620)
3. Soporte Vital Básico Pediátrico, dirigido a 40 participantes. (S/. 3,860)
4. Soporte Vital Avanzado Pediátrico, dirigido a 40 participantes. (S/. 3,620)
5. Formación de Brigadas, dirigido a 35 participantes. (S/. 1,100)
6. Transporte del Paciente Crítico, dirigido a 65 participantes. (S/. 3,200)
7. Soporte Básico del Trauma y Colectivas, dirigido a 35 participantes. (S/. 4,640)
8. Soporte Avanzado del Trauma y Masivas, dirigido a 35 participantes. (S/. 2,840)
9. Soporte Vital Básico, dirigido a 40 participantes. (S/. 5,660)
10. Soporte Vital Avanzado, dirigido a 40 participantes. (S/. 3,380)
11. Soporte Vital Básico, dirigido a 40 participantes. (S/. 5,660)
12. Soporte Vital Avanzado, dirigido a 40 participantes. (S/. 3,380)
13. Emergencias Obstétricas, dirigido a 30 participantes. (S/. 6,250)
14. Soporte Vital Básico, dirigido a 40 participantes. (S/. 5,660)
15. Soporte Vital Avanzado, dirigido a 40 participantes. (S/. 2,900)
16. Insuficiencias Orgánicas, dirigido a 25 participantes. (S/. 6,100)

Red Asistencial CUZCO
17. Emergencias Cardiológicas, dirigido a 25 participantes. (S/. 1,000) 18. Soporte Vital Básico, dirigido a 40 participantes. (S/. 5,660) 19. Soporte Vital Avanzado, dirigido a 40 participantes. (S/. 2,260) 20. Profesionalismo Secretarial, dirigido a 25 participantes. (S/. 7,000) 21. Administración de Almacenes e Inventarios, dirigido a 40 participantes. (S/. 8,500) 22. Oncología Básica, dirigido a 30 participantes. (S/. 1,720) 23. Actualización y aplicación de la Ley de Contrataciones del Estado, dirigido a 25 participantes. (S/. 7,000) 24. Actualización y aplicación de la Ley de Contrataciones del Estado para miembros de comité, dirigido a 25 participantes. (S/. 7,000) 25. Elaboración de guías de práctica clínica basadas en evidencias, dirigido a 30 participantes. (S/. 7,920) 26. Proyectos de Mejora Continua de la Calidad, Rediseño Procesos y el Modelo de Excelencia en la Gestión, dirigido a 33 participantes. (S/. 2,280) 27. Soporte Vital Básico, dirigido a 40 participantes. (S/. 3,860) 28. Gestión de la Calidad y la medición de Costos de la No Calidad, dirigido a 33 participantes. (S/. 2,280) 29. Competencias en Humanización de la Salud., dirigido a 33 participantes. (S/. 2,280) 30. Soporte Vital Básico, dirigido a 40 participantes. (S/. 3,860) 31. Gerencia de Servicios de Salud, dirigido a 25 participantes. (S/. 25,932) 32. Actualización en el Diagnóstico y Manejo de ECNT: HTA, Diabetes Mellitus, Enfermedad Renal Crónica, Síndrome Metabólico, dirigido a 40 participantes. (S/. 5,020) 33. Derechos y Deberes de los Usuarios Internos, dirigido a 65 participantes. (S/. 1,200) 34. Curso Transporte del Paciente Crítico y Soporte Vital Básico Adultos, dirigido a 31 participantes. (S/. 5,200)





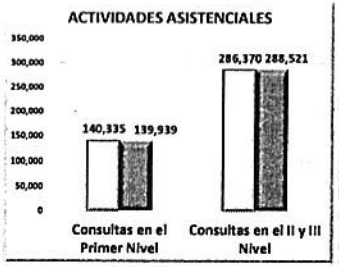


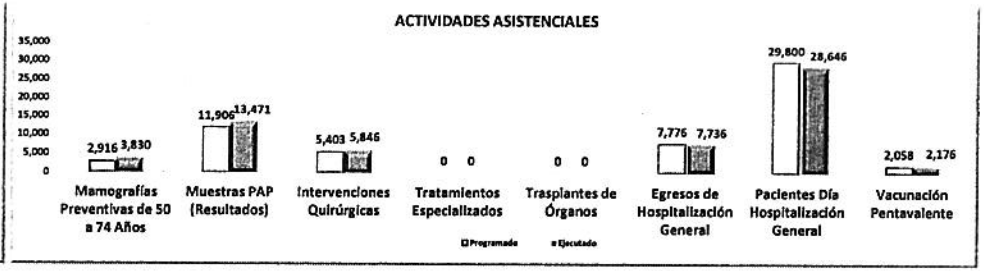
Evaluación del Plan Operativo Institucional 2015 - Desagregado

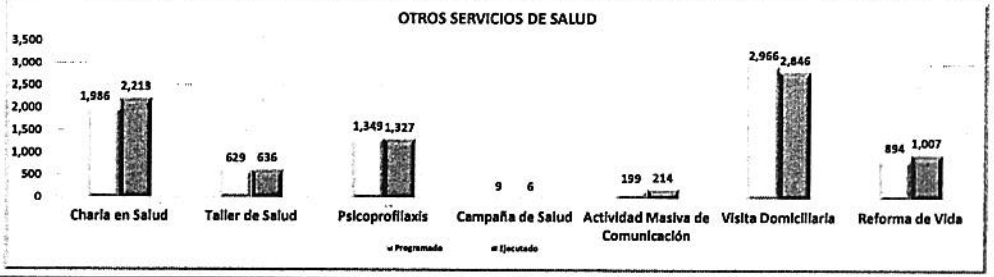
Red Asistencial HUANUCO

ACTIVIDADES OPERATIVAS - ASISTENCIALES

	PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD	UNIDAD DE MEDIDA	Al IV Trimestre		Cumplimiento %
			Programado	Ejecutado	
1	Consultas en el Primer Nivel	Consultas	140,335	139,939	100%
2	Consultas en el II y III Nivel	Consultas	286,370	288,521	101%
3	Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años	Mamografías preventivas con resultado	2,916	3,830	131%
4	Muestras PAP (Resultados)	Exámenes PAP con resultado	11,906	13,471	113%
5	Intervenciones Quirúrgicas	Intervenciones Quirúrgicas	5,403	5,846	108%
6	Tratamientos Especializados	Tratamientos Especializados	0	0	0%
7	Trasplantes de Órganos	Trasplantes	0	0	0%
8	Egresos de Hospitalización General	Egresos	7,776	7,736	99%
9	Pacientes Día Hospitalización General	Paciente día	29,800	28,646	96%
10	Vacunación Pentavalente	Vacunas (3ª dosis)	2,058	2,176	106%
11	Otros servicios de Salud				
11.1	Charla en Salud	Charlas	1,986	2,213	111%
11.2	Taller de Salud	Sesiones	629	636	101%
11.3	Psicoprofilaxis	Sesiones	1,349	1,327	98%
11.4	Campaña de Salud	Campañas	9	6	67%
11.5	Actividad Masiva de Comunicación	Eventos	199	214	108%
11.6	Visita Domiciliaria	Visitas	2,966	2,846	96%
11.7	Reforma de Vida	Sesiones	894	1,007	113%







Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel >= 100% son: Consultas en el PN (100%), Consultas en el II y III Nivel (101%), Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años (131%), Muestras PAP (113%), Interv.Qx. (108%) y Vacunación Pentavalente (106%).

De las 07 Actividades denominadas Otros Servicios de Salud, cuatro (04) muestran un avance >=100% y una (01) se encuentran con un nivel de avance menor al 95% siendo estas Campaña de Salud (67%).

INICIATIVA DE GESTIÓN	AVANCE POI - 2015			EXCELENTE				Hitos ejecutados				
Actividades	Responsable	Fec. Ini. ReProg	Fec. Fin ReProg	Valor %	Valor ganado	Valor planeado	Indice Plazo actual	N° HITOS	SI (100%)	NO (0 %)	AVANCE	%
(15)69.Fortalecer el Sistema de Hospitalización en el Hospital II Huánuco	Patricia Medina	02-ene	31-dic	100	100	100	1	5	5	0	0	100.00%
(15)70.Fortalecer el Sistema de Emergencia y Urgencia en los Hospitales	Nicolas Huaringa	02-ene	31-dic	100	60	100	0.6	5	3	2	0	60.00%
(15)71.Mejorar el sistema de abastecimiento de materiales estratégicos	Carlos Carbajal	02-ene	31-dic	100	100	100	1	5	5	0	0	100.00%
(15)72.Mejorar el Clima Organizacional	Percy Quintana	02-abr	31-dic	100	100	100	1	4	4	0	0	100.00%
(15)73.Fortalecer la Atención Primaria de Salud en la Red Asistencial Huánuco	Yauro Huarcaya	02-ene	31-dic	100	100	100	1	7	7	0	0	100.00%
Iniciativa de Gestión		02-ene	31-dic	100	92.00	100.00		26	24	2	0	92.31%

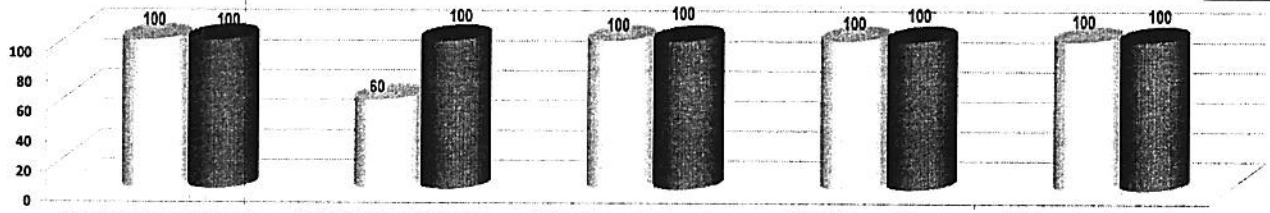
Para Fortalecer el Sistema de Hospitalización en el H II Huánuco, se han realizado las siguientes acciones: 1) Análisis Situacional (Carta N° 1325-JSE-RAHU-EsSalud-2015). 2) Se informó el incremento de N° de camas, debido a la habilitación de camas en la Capilla (Carta N° 1325-JSE-RAHU-EsSalud-2015). 3) Se otorgaron anticipos y fondo fijo para solucionar inmediatamente el problema de desabastecimiento de material estratégico de emergencia.

Para fortalecer el Sistema de Emergencia y Urgencia en los Hospitales, mediante Carta N° 875-D-RAHU-EsSalud-2015, se presenta el requerimiento de personal asistencial CAS Enfermeras y Técnicos para el H II Huánuco

Para mejorar el sistema de abastecimiento de materiales estratégicos, se han realizado las siguientes acciones: 1) Mediante Carta N° 1603-OPC-D-RAHU-EsSalud-2014, se remitió la estimación de necesidades, considerando la proyección del incremento de la demanda así como los factores de carácter prestacional y/o asistencial.2) Se formularon oportunamente los expedientes para la compra de material estratégico delegado. Procesos directos, menor cuantía. se cuenta con documentos sustentatorios

Para Mejorar el Clima Organizacional, se tiene: 1) Mediante Carta 438-OA-D-RAHU-EsSalud-2015, se presenta el Plan de Mejora del Clima Organizacional. 2) Carta N° 441-OA-D-RAHU-EsSalud-2015, se presenta el avance del Plan de Mejora del Clima Organizacional

Para fortalecer la Atención Primaria de Salud en la Red Asistencial Huánuco, se tiene las siguientes acciones: 1) Se elaboró el requerimiento de recursos humanos para la implementación del equipo multidisciplinario en los CAS. 2) Se cuenta con el Plan de Capacitación aprobado dirigido al personal involucrado en el manejo de la Cartera de Servicios de Atención Primaria. 3) Se elaboró indicadores de seguimiento con metas de prevención. 3) Se tiene aprobado la propuesta de reajuste de metas por cada centro asistencial para los periodos 2015 - II y 2016 (Carta N° 577-OCPAP-D-RAHU-EsSalud-2015).





Patron de Comportamiento de los Indicadores del POI - FONAFE de la Red Asistencial HUANUCO

1. Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva del I Nivel de Atención	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Ratio	0.57	0.49

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

2. Diferimiento de Citas Consulta Externa pacientes referidos del I al III Nivel	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	14	14

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

3. Promedio de Permanencia en Hospitalización General	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	3.63	3.63

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

4. Porcentaje de Pacientes en Sala de Observación < = 24 Horas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Porcentaje (%)	75.00%	75.00%

5. Tiempo de Espera de Intervención Quirúrgica	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	15	15

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

6. Cobertura de Tamizaje de Cancer de Cuello Uterino	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	30.00%	26.89%

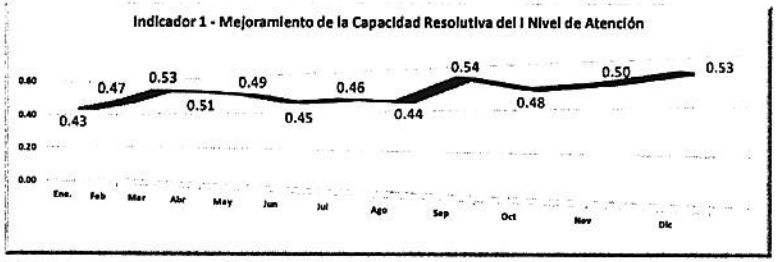
Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

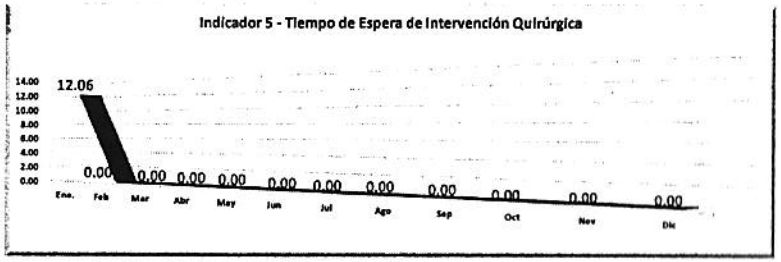
7. Cobertura de Tamizaje de Mamografías Preventivas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	30.00%	23.39%

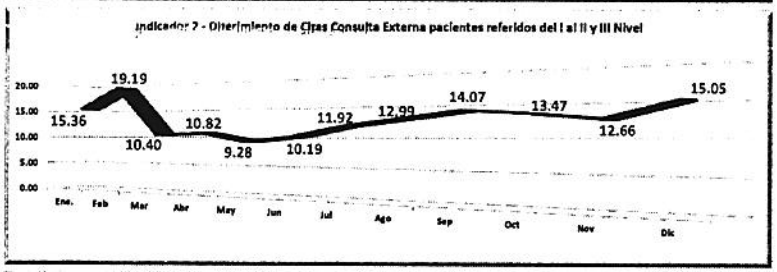
Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

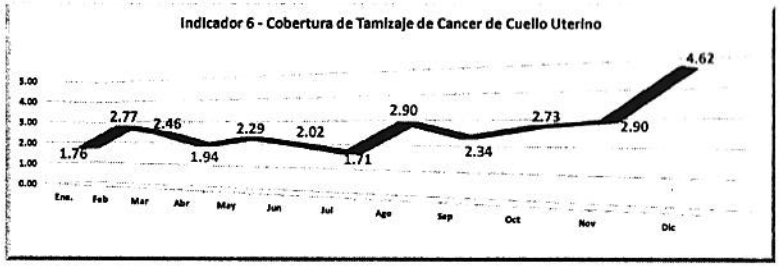
8. Cobertura de Vacunación Pentavalente (3era dosis)	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	85.00%	74.81%

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

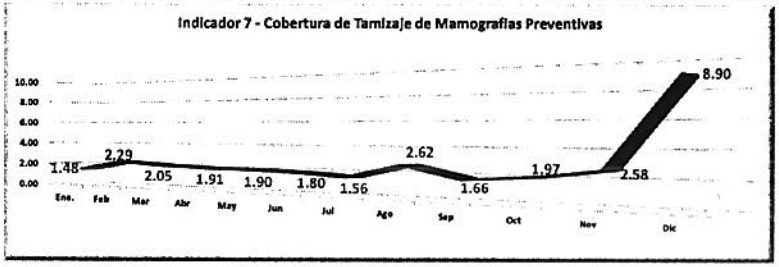


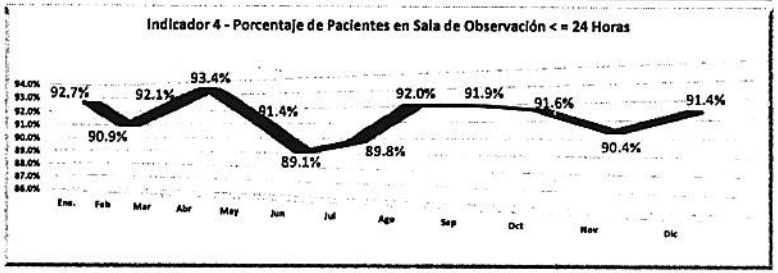


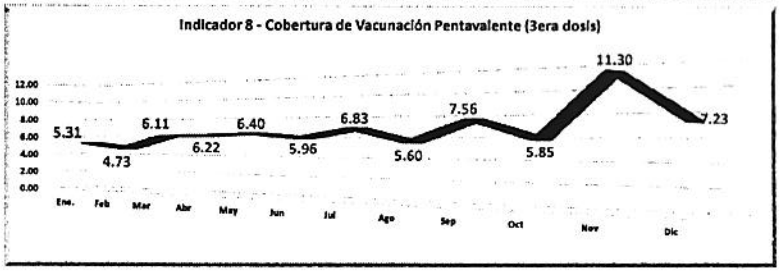






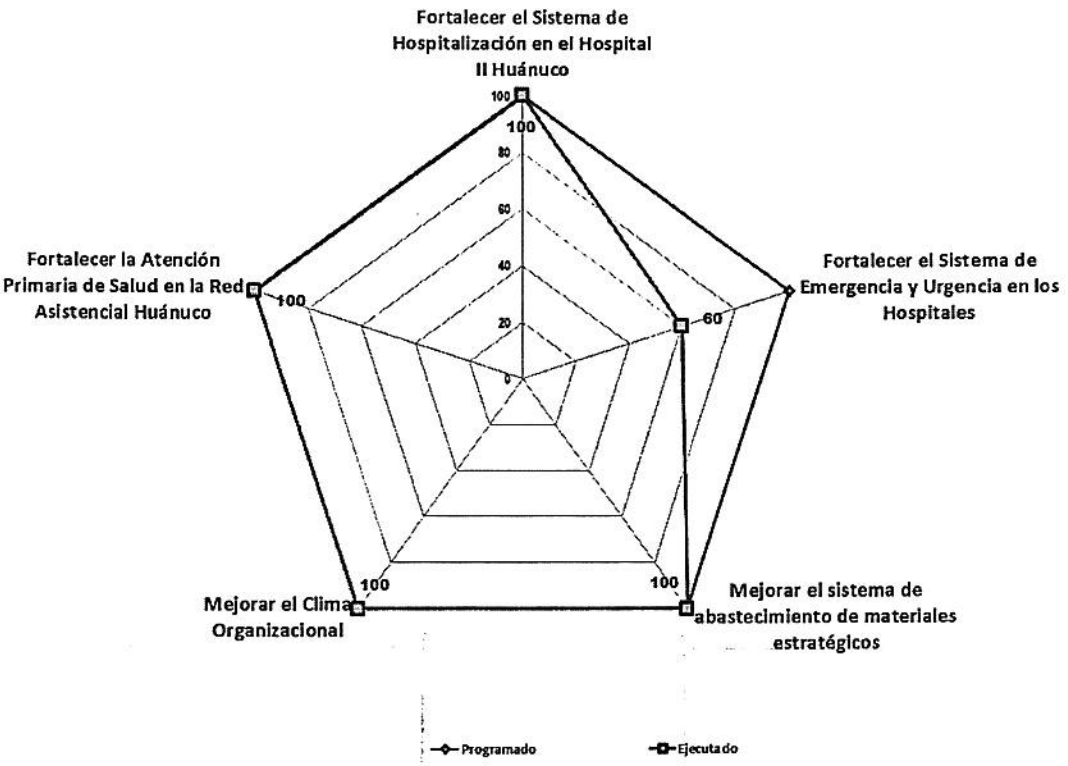






Red Asistencial HUANUCO

Actividades Desarrolladas para el cumplimiento de la Iniciativas de Gestión



Para: Fortalecer el Sistema de Hospitalización en el Hospital II Huánuco

- ✓ Se cuenta con el Diagnostico Situacional del Servicio de Enfermería (Carta N° 1325-JSE-RAHU-ESSALUD-2015).
- ✓ Se cumplió con incrementar el N° de Camas, al haber habilitado camas en la Capilla
- ✓ Mediante Carta N° 875-D-RAHU-ESSALUD-2015, (17-06-2015), se realizó el requerimiento ante la GCGP de 19 enfermeras y 23 técnicos.
- ✓ El promedio de pacientes días disminuyo respecto al año 2014. en el 2015 este indicador fue de 4.00, mientras que en el 2014, de 4.06
- ✓ Se otorgaron anticipos y fondo fijo para solucionar inmediatamente el problema de desabastecimiento de material estratégico.

Para: Fortalecer el Sistema de Emergencia y Urgencia en los Hospitales

- ✓ Se habilitaron 06 camas en Emergencia, acondicionamiento de la infraestructura.
- ✓ Mediante con carta N° 875-D-RAHU-ESSALUD-2015 se presenta el requerimiento de personal asistencial cas enfermeras y técnicos para el H II Huánuco
- ✓ El indicador de porcentaje de prioridad IV con respecto al total de emergencia del año 2015 fue de 2.3%, mientras que en el 2014, fue de 8.5%, habiendo disminución considerable (73%)
- ✓ Para subsanar la disminución de medicamentos desabastecidos, se otorgaron anticipos para solucionar de inmediato el problema de medicamentos y material médico desabastecido en emergencia

Para: Mejorar el sistema de abastecimiento de materiales estratégicos

- ✓ Se realizó la remisión oportuna de la estimación de necesidades de material estratégico de la RAS
- ✓ Se realizaron oportunamente trasferencias y préstamos de otras redes asistenciales para solucionar los problemas de desabastecimiento. Se cuenta con correos sustentatorios.
- ✓ Se elaboraron y formularon oportunamente los expedientes para la compra de material estratégico delegado. Procesos directos, menor cuantía. se cuenta con documentos sustentatorios

V°B° V. REYNA Gerente - ESSALUD

V°B° Ing. A. ROJAS - ESSALUD

V°B° Econ. A. Verástegui SubGerente - ESSALUD

Red Asistencial HUANUCO

- ✓ A fin de incrementar la capacidad de almacén que permita contar con un stock de 04 meses, se realizó el requerimiento de un local más grande para el funcionamiento del área de almacén
- ✓ Otorgamiento de anticipos y fondo fijo para solucionar de inmediato el desabastecimiento de material estratégico

Para: Mejorar el Clima Organizacional

- ✓ Mediante Carta 438-OA-D-RAHU-ESSALUD-2015, se presentó el Plan de Mejora del Clima Organizacional, asi como de la realización de Talleres de Mejora al Personal de la RAS.

Para: Fortalecer la Atención Primaria de Salud en la Red Asistencial Huánuco

- ✓ Mediante Carta N° 577-OCPAP-D-RAHU-ESSALUD-2015, se informó:
  - Requerimientos de recursos humanos para la implementación del equipo multidisciplinario en los EESS
  - Plan de Capacitación en Carteras de Atención Primaria, el mismo que fue aprobado en el PAC 2015
  - Indicadores de seguimiento con metas de prevención
  - Propuesta de reajuste de metas presentada por cada centro asistencial para los periodos 2015 - II y 2016
- ✓ Mediante Carta N° 070-OCPAP-D-RAHU-ESSALUD -2016, se informó:
  - Las supervisiones y monitoreo de cobertura en AP por establecimientos, al mes de diciembre 2015.
  - Propuestas de medidas correctivas.
  - Evaluaciones de mejora.

Gestión de la RAS

En el mes de Enero

- ✓ Se aprobó el Manual de Bioseguridad 2014 de la RAS Huánuco
- ✓ Se conformó el Comité de Prevención y Análisis de Mortalidad Materna de la RAS Huánuco y del H II Huánuco - 2015

En el mes de Febrero

- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Odontológica del H II Huánuco
- ✓ Se conformó el Comité de Rondas de Seguridad del Paciente para el periodo 2015 del H II Tingo María, CAP III Metropolitano y H II Huánuco.
- ✓ Se conformó el Comité Técnico Operativo del Servicio de Lactario Institucional de Trabajadoras de la RAS Huánuco periodo 2015

En el mes de Marzo

- ✓ Se conformó el Comité de Ética en la Investigación de la RAS Huánuco - 2015

En el mes de Abril

- ✓ Se conformó el Comité de Referencia y Contrarreferencia del H II Huánuco - 2015
- ✓ Se conformó el Sub Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo de la RAS Huánuco - 2015
- ✓ Se aprobó la GPC de Vértigo del H II Huánuco, para el periodo 2015

En el mes de Junio

- ✓ Se conformó el Comité de Bioseguridad y Control de Complicaciones Intrahospitalarias - 2015
- ✓ Se conformó el Comité de Farmacovigilancia del H II Huánuco y H I Tingo María - 2015
- ✓ Se conformó el Comité de Hospitalización del H I Tingo María - 2015
- ✓ Se conformó el Comité de Eventos Centinela en el H I Tingo María
- ✓ Se conformó el Comité de Farmacoterapeutica del H I Tingo María y H II Huánuco.
- ✓ Se conformó el Comité de Mortalidad Materna Perinatal del H I Tingo María
- ✓ Se conformó el Comité de Referencia y Contrarreferencia del H I Tingo María - 2015
- ✓ Se conformó el Comité Técnico de Formulación del Plan Director de Inversiones de la RAS Huánuco para el periodo 2015-2016

En el mes de Julio

- ✓ Se conformó el Comité Técnico Operativo y Comité Ampliado de Infecciones Intrahospitalarias - 2015 del H II Huánuco
- ✓ Se aprobó la GPC para el Diagnostico y Manejo de la Cefalea Tensional y Migraña en el Adulto para ser aplicado en el H II Huánuco
- ✓ Se aprobó la GPC de Urticaria y Angioedema en el H II Huánuco

Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo - V°B° - Ing. A. Rojas - ESSALUD

Gerencia de Planeamiento Corporativo - V°B° - V. Reyna Gerente - ESSALUD

Gerencia Control y Evaluación de la Gestión Hospitalaria - V°B° - Econ. A. Verástegui Sub Gerente - ESSALUD

Red Asistencial HUANUCO

- ✓ Se aprobó la Guía Clínica de Penfigo en el H II Huánuco
- ✓ Se aprobó la Guía de Procedimiento de Punción Lumbar para ser aplicado entre los Servicios de Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia del H II Huánuco

En el mes de Agosto

- ✓ Se aprobó, la Lista de Verificación de Adherencia a la GPC, para ser aplicado por el personal del HII Huánuco
- ✓ Se aprobó el Protocolo para la Administración de Sangre y Componentes del H II Huánuco
- ✓ Se aprobó el Plan de Contingencias ante desastres con la finalidad de tener cubierto las reservas en caso de eventualidades

En el mes de Setiembre

- ✓ Se aprobó la GPC Diagnóstico y Tratamiento de la Infección de Tracto Urinario (ITU) en Adultos en el H II Huánuco
- ✓ Se aprobó la GPC Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía adquirida en la Comunidad (NAC) en adultos"
- ✓ Se aprobó la GPC Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones de Piel y Partes Blandas (IPPB) en adultos en el H II Huánuco
- ✓ Se aprobó la Guía de Procedimiento en Paracentesis en el H II Huánuco
- ✓ Se aprobó la Guía de Procedimiento de Punción Torácica en el HII Huánuco

En el mes de Octubre

- ✓ Se aprobó la GPC para el Diagnóstico y Tratamiento de Dolor Abdominal Agudo en el Adulto" en el H II Huánuco
- ✓ Se aprobó el "Plan de Contingencia de Banco de Sangre ante Situaciones de Catástrofe y Emergencia Nacional" con la finalidad de atender una demanda inusitada en situaciones de catástrofe o emergencia nacional
- ✓ Se conformó el Comité de Depuración de Historias Clínicas de la RAS Huánuco - 2015
- ✓ Se aprobó las GPC en el estado Epiléptico en el Adulto para ser aplicado en el H II Huánuco

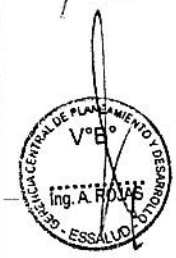
En el mes de Noviembre

- ✓ Se constituyó la Comisión Medica Calificadora de la Incapacidad COMECI de la Ley N° 27023 de H II Huánuco - 2015-2018
- ✓ Se conformó el Comité de Buenas Practica a nivel del H I Tingo María - 2015 -2016
- ✓ Se conformó, el Equipo de Autoevaluación - 2015-2016, CAP III Metropolitano de la RAS Huánuco
- ✓ Se constituyó el Circulo por los Derechos y la Humanización, en la PM de Santa Lucia, PM Aucayacu, en el CAP I Uchiza, PM Tocache, H I Tingo María, PM La Unión, PM Banos, PM La Llata, de la RAS Huánuco
- ✓ Se aprobó, la "Guía de Práctica Clínica para insuficiencia Respiratoria Aguda en el Adulto", la "Guías de Procedimiento para la Emisión y Entrega del Certificado de Defunción", a ser aplicado en el H II Huánuco
- ✓ Se conformó el Equipo Evaluador del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre Tipo II del H II Huánuco - 2015
- ✓ Se conformó el Equipo de Mejora Continua de la Calidad para el despliegue de la planificación y ejecución del Proyecto de Mejora Continua "Mejorando el Manejo y Control de la Atención Domiciliaria del Servicio de PADOMI del H II Huánuco"
- ✓ Se conformó el Equipo de mejora continua de la calidad para el despliegue de la planificación y ejecución del Proyecto de Mejora Continua "Mejoramiento del Sistema de Registro y Gestión de las Historias Clínicas en el CAP III Metropolitano"
- ✓ Se conformó el Equipo de mejora continua de la calidad para el despliegue de la planificación y ejecución del Proyecto de Mejora Continua "Recuperando la Producción de Servicios Asistenciales en el H I Tingo Maria 2015-2016"
- ✓ Se designó al profesional de la Salud responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre del H II Huánuco
- ✓ Se conformó el Comité de Evaluación de Documentos del Archivo Central de la RAS Huánuco- 2015
- ✓ Se aprobó el Plan de Promoción de la Donación Voluntaria de Sangre para ser aplicado en el H II Huánuco
- ✓ Se designó al profesional de la Salud como Médico de Control de la PM Tocache de la RAS Huánuco

En el mes de Diciembre

- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Medica del H II Huánuco de la RAS Huánuco - 2016
- ✓ Se aprobó la Lista de Verificación de Adherencia a la Guía de Práctica Clínica a ser aplicado en H II Huánuco
- ✓ Se conformó el Comité de Farmacovigilancia del H I Tingo Maria - 2016
- ✓ Se aprobó el Reglamento del Comité de Farmacovigilancia H I Tingo Maria - 2016
- ✓ Se aprobó el Plan de Comité de Farmacovigilancia a nivel H I Tingo Maria - 2016







Red Asistencial HUANUCO

- ✓ Se aprobó el Plan de Trabajo del Comité Farmacoterapéutico a nivel del H I Tingo Maria - 2016
- ✓ Se conformó el Comité de Farmacoterapéutico a nivel del H I Tingo Maria - 2016.
- ✓ Se aprobó las "Guías de Práctica Clínica en la Hemorragia Digestiva Masiva en el Adulto" a ser aplicado en el H II Huánuco
- ✓ Se aprobó el Reglamento del Comité Farmacoterapéutico, del H II Huánuco y del H I Tingo Maria
- ✓ Se aprobó el Plan de Trabajo para Implementar el Sistema de Control Interno de la RAS Huánuco
- ✓ Se conformó el Comité de Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo del H II Huánuco
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoría de Enfermería – 2016, del H I Tingo María, de la RAS Huánuco
- ✓ Se aprobó el Manual de Bioseguridad del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre del H II Huánuco.

Principales Gastos Logísticos (PAC – 2015)

Descripción (*)	Tipo de proceso	Valor estimado S/.
Adquisición de medicamentos para DIPAC	ADP	**389,972.80**
Adquisición de materiales e insumos de laboratorio para inmunología	ADP	**208,510.00**
Adquisición de materiales e insumos de laboratorio para el equipo de analizadores de gases	ADS	**178,122.00**
Adquisición de insumos de laboratorio para banco de sangre	ADS	**114,336.00**
Adquisición de material radiográfico para tomografía	ADS	**69,300.00**
Alquiler de inmueble - oficina administrativa	ADS	**60,600.00**
Alquiler de inmueble - almacén central	ADS	**72,000.00**
Adquisición de repuesto para equipo de rayos x estacionaria del H II Huánuco.	AMC	**39,996.10**
Contratación del servicio de hemodiálisis para el H II Huánuco 12 meses	CP	**2,999,680.00**
Contratación del servicio de transporte aéreo para pacientes referidos a Lima - vuelos comunes	CP	**1,898,604.00**
Contratación del servicio de alimentación y nutrición para hospitales	CP	**241,277.28**
Contratación del servicio de digitación asistencial para el H II base Huánuco y H I Tingo Maria	CP	**465,818.16**
Adquisición de materiales e insumos de laboratorio para hematología	LP	**440,000.00**
Total		**7'178,216.34**

(*) Periodos de 12 meses

Principales Cursos Talleres llevados a cabo

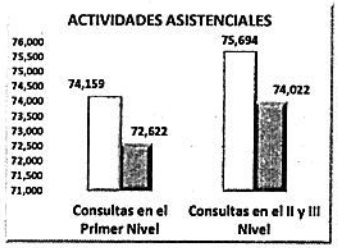
1. Actualización y Manejo del Ventilador Mecánico, dirigido a 35 participantes. (S/. 5,080)
2. Prevención Del Síndrome De Burnot en los Trabajadores del Servicio de Enfermería, dirigido a 30 participantes. (S/. 3,700)
3. Competencias Para La Implementación, Gestión y Aplicación de Buenas Prácticas de Atención, dirigido a 30 participantes. (S/. 3,440)
4. I Fase Curso Taller Proyectos de Mejora Continua de la Calidad y Herramientas de la Calidad, dirigido a 25 participantes. (S/. 3,240)
5. II Fase Curso Taller: Rediseño Procesos 8 (Criterios) y El Modelo de Excelencia en la Gestión., dirigido a 25 participantes. (S/. 3,310)

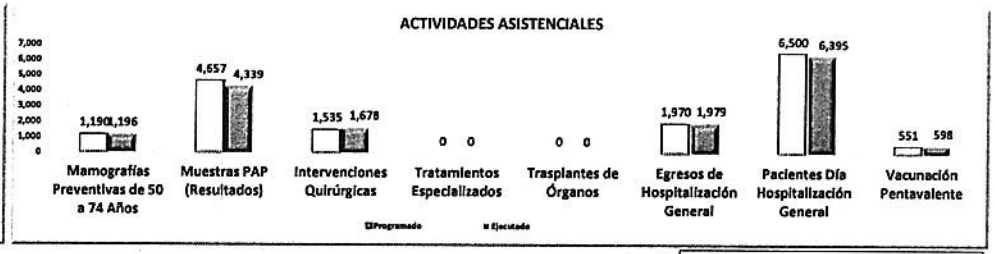
Evaluación del Plan Operativo Institucional 2015 - Desagregado

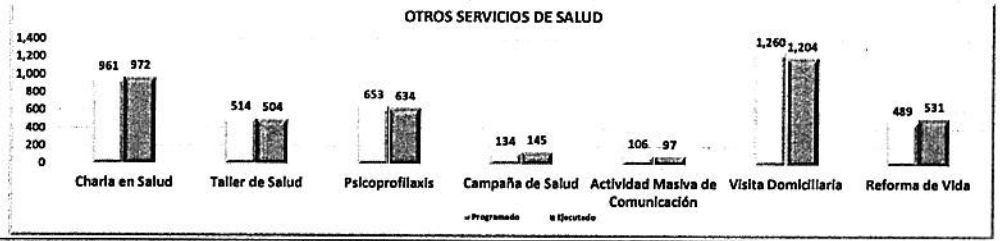
Red Asistencial HUANCAVELICA

ACTIVIDADES OPERATIVAS - ASISTENCIALES

	PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD	UNIDAD DE MEDIDA	AL IV Trimestre		Cumplimiento %
			Programado	Ejecutado	
1	Consultas en el Primer Nivel	Consultas	74,159	72,622	98%
2	Consultas en el II y III Nivel	Consultas	75,694	74,022	98%
3	Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años	Mamografías preventivas con resultado	1,190	1,196	101%
4	Muestras PAP (Resultados)	Exámenes PAP con resultado	4,657	4,339	93%
5	Intervenciones Quirúrgicas	Intervenciones Quirúrgicas	1,535	1,678	109%
6	Tratamientos Especializados	Tratamientos Especializados	0	0	0%
7	Trasplantes de Órganos	Trasplantes	0	0	0%
8	Egresos de Hospitalización General	Egresos	1,970	1,979	100%
9	Pacientes Día Hospitalización General	Paciente día	6,500	6,395	98%
10	Vacunación Pentavalente	Vacunas (3° dosis)	551	598	109%
11	Otros servicios de Salud				
11.1	Charla en Salud	Charlas	961	972	101%
11.2	Taller de Salud	Sesiones	514	504	98%
11.3	Psicoprofilaxis	Sesiones	653	634	97%
11.4	Campaña de Salud	Campañas	134	145	108%
11.5	Actividad Masiva de Comunicación	Eventos	106	97	92%
11.6	Visita Domiciliaria	Visitas	1,260	1,204	96%
11.7	Reforma de Vida	Sesiones	489	531	109%







Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel >= 100% son: Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años (101%), Interv Qx. (109%), Egresos de Hospitalización Gral (100%) y Vacunación Pentavalente (109%). Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel de avance por debajo del 95% son las referidas a: Muestras PAP (93%)

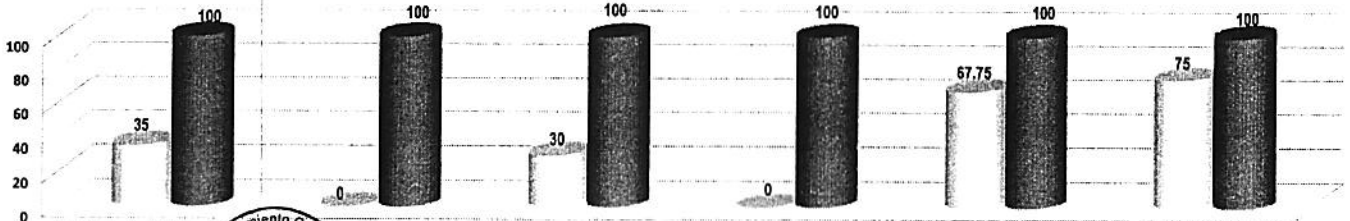
De las 07 Actividades denominadas Otros Servicios de Salud, tres (03) muestran un avance >=100% y una (01) se encuentran con un nivel de avance menor al 95% siendo estas: Actividad Masiva de Comunicación (92%).

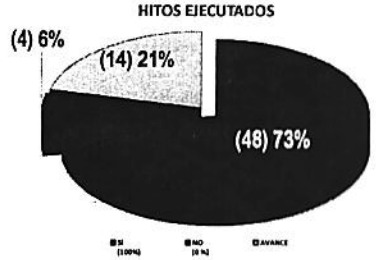
INICIATIVA DE GESTIÓN	AVANCE POI - 2015			MALO				Hitos ejecutados				
Actividades	Responsable	Fec. Ini. ReProg	Fec. Fin ReProg	Valor %	Valor ganado	Valor planeado	Indice Plazo actual	N° HITOS	SI (100%)	NO (0 %)	AVANCE	Cumplimiento %
(15)63.Mejorar la calidad de atención a los asegurados en los Servicios de Consulta Externa en los EESS de la RAS Huancavelica.	Edgar Quispe	30-mar	15-dic	100	35	100	0.35	5	2	3	0	40.00%
(15)64.Fortalecer el programa de Autoevaluación para la acreditación de los EESS de la RAS Huancavelica	Edgar Quispe	30-mar	30-dic	100	0	100	0	6	0	6	0	0.00%
(15)65.Mejorar el Clima Laboral en La RAS Huancavelica	Jhon Borja	30-mar	15-dic	100	30	100	0.3	6	2	4	0	33.33%
(15)66.Realizar la Vigilancia de la Salud Ocupacional del Trabajador de los EESS de la RAS Huancavelica	Jesus Sanchez	30-mar	15-dic	100	0	100	0	6	0	6	0	0.00%
(15)67.Disminuir los Riesgos Ocupacionales y de los Accidentes de Trabajo en los EESS de la RAS Huancavelica	Jorge Manrique	30-mar	15-dic	100	67.75	100	0.6775	5	2	0	3	40.00%
(15)68.Fortalecer las capacidades en el manejo de del Sistema SAP/R3 - Módulo de Programación /Gestión de Stock en los responsables de Farmacia y Depósito de los EESS de la RAS Huancavelica.	Paulino Cauchos	01-feb	15-dic	100	75	100	0.75	5	3	2	0	60.00%
Iniciativa de Gestión		01-feb	30-dic	100	34.63	100.00		33	9	21	3	27.27%

1)Comité de Autoevaluación de la RAS Huancavelica. 2)Se elaboró y aprobó el Plan de Autoevaluación y Acreditación de los EESS de la RAS. 3)Se sociabilizo el Plan de Autoevaluación de Acreditación a los Jefes de departamentos, servicios y de atención primaria. 4)Se realizó la capacitación sobre acreditación de EESS. 5)Se aplicó la autoevaluación a los 7 EESS que conforman la RAS Huancavelica, en el mes de diciembre. 6)Se presentó el Diagnóstico Situacional del Clima Organizacional, mediante Carta N° 84-UPCRM-OPC-2015, realizando el análisis de los resultados de las encuestas y se concluyó que está en la categoría de "POR MEJORAR". 7)Se llevó a cabo la Encuesta Inicial de medición, así como el Informe de los resultados (Carta N° 48-UPCRM). 8)Se realizó el curso Taller "Calidad de los Servicios de Salud y Humanización de la Atención" los días 22 y23 de junio 2015 (Carta N° 47- UPCRM). 8) Se da conocer las propuestas de mejora de clima organizacional (Carta 85-UPCRM). 9)Informe de resultados CARTA N 02- UPCRM-2016. 10)Plan de Mejora, fue aprobado el mes de noviembre (Carta N° 02- UPCRM-2016)

1)Resolución N°063- D RAHVCA-2013, Equipo de Trabajo de Salud Ocupacional. 2)Diagnostico de los Riesgos Ocupacionales a los que está expuesto los trabajadores de la RAS. 3)Se aprobó el Plan de Trabajo para la Implementación, teniendo en cuenta Directiva N° 001-GG-EsSalud. 4)Se informó sobre los resultados de la evaluación de las fichas de salud ocupacional y cuadros de evaluación de personal. 5)Se cuenta con Sub Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo y Supervisores en la RAS. 6)Se conformó el IPERC de la Oficina Administrativa. 7)Se realizó la reunión técnica sobre Enfermedades Ocupacionales más frecuentes en los CAS. 8)Se elaboró el cuadro comparativo de Accidentes de Trabajo 2013 - 2014. 9)Se viene trabajando el cuadro comparativo de la Evaluación de Riesgos en Centros Asistenciales de la Red 2013 -2014.

1) Se realizó el Diagnostico Situacional (23-05-2015), se informó con carta 148- RM-UPCRM. 2)Se elaboró y aprobó el plan de trabajo de la reunión de "Normas para el monitoreo y evaluación del suministro de productos farmacéuticos y dispositivos médicos en ODCs de EsSalud. 3)Se desarrolló el taller Asistencia técnica en el manejo de del Sistema SAP/R3
□ Monitoreo permanente a través del correo electrónico del suministro de bienes estratégicos (Carta 214- RM-UPCRM).





V°B° Ing. A. VOJAS - ESSALUD

V°B° Econ. A. Verástegui SubGerente - ESSALUD

V°B° V. REYNA Gerente - ESSALUD

Patron de Comportamiento de los Indicadores del POI - FONAFE de la Red Asistencial HUANCAVELICA

1. Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva del I Nivel de Atención	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Ratio	0.93	0.98

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

2. Diferimiento de Citas Consulta Externa pacientes referidos del I al III Nivel	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	8	8

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

3. Promedio de Permanencia en Hospitalización General	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	3.37	3.37

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

4. Porcentaje de Pacientes en Sala de Observación < = 24 Horas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Porcentaje (%)	92.32%	92.32%

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

[illegible] Quirúrgica	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	5	5

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

6. Cobertura de Tamizaje de Cancer de Cuello Uterino	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	27.50%	21.87%

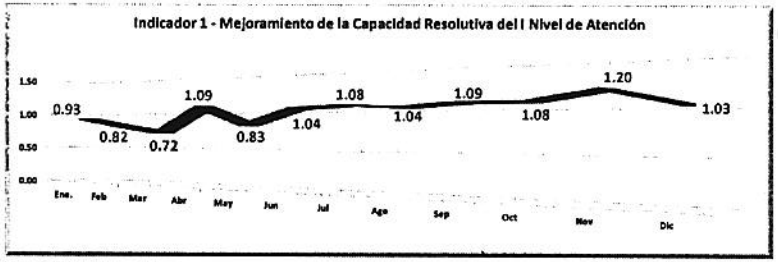
Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

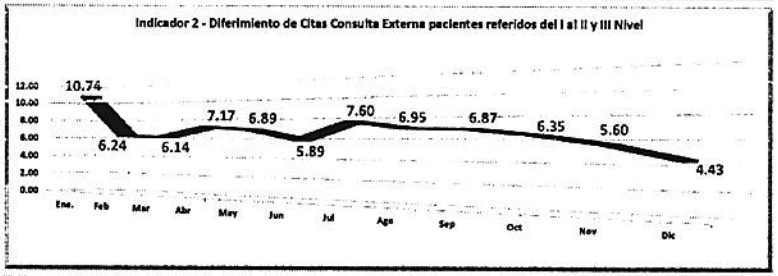
7. Cobertura de Tamizaje de Mamografias Preventivas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	30.00%	23.76%

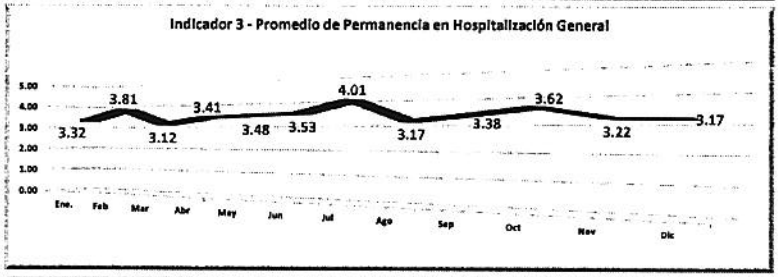
Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

8. Cobertura de Vacunación Pentavalente (3era dosis)	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	85.00%	57.04%

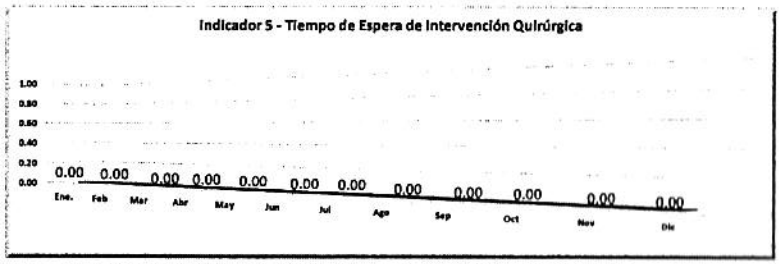
Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

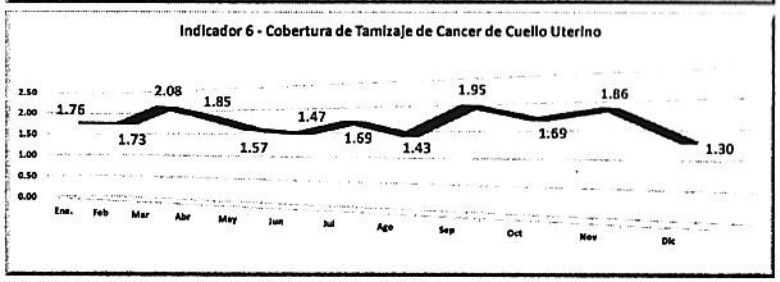


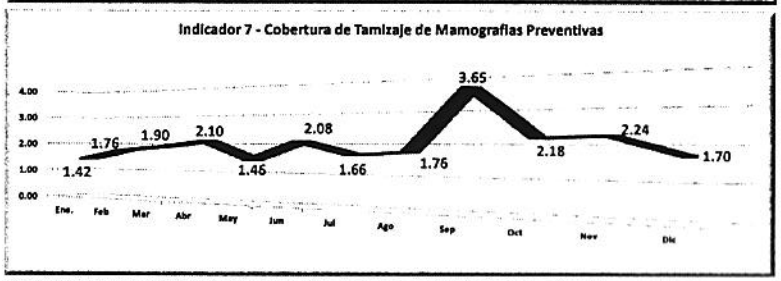


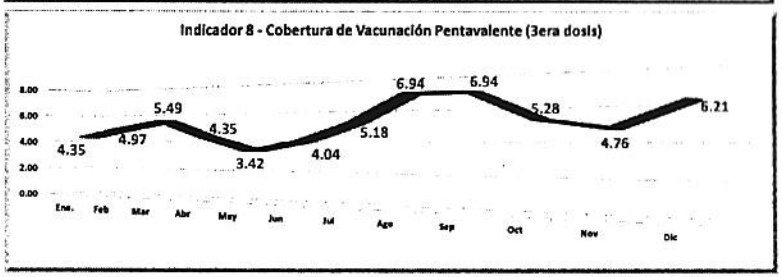












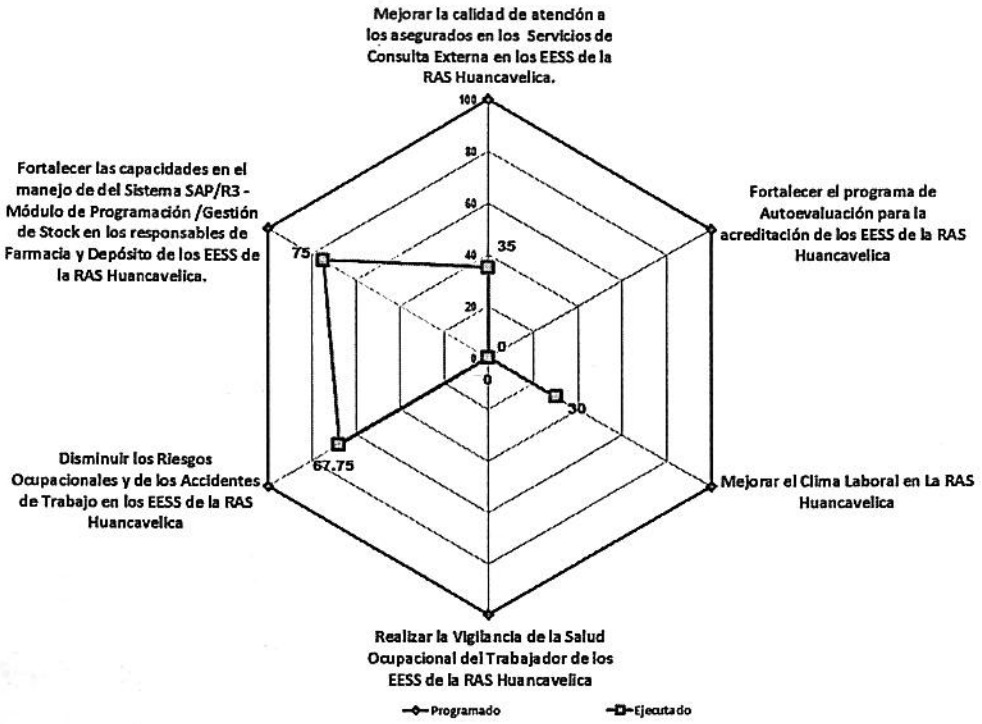
V°B° Ing. A. ROJAS ESSALUD

V°B° V. REYNA Gerente ESSALUD

V°B° Econ. A. Verástegui SubGerente ESSALUD

Red Asistencial HUANCAVELICA

Actividades Desarrolladas para el cumplimiento de la Iniciativas de Gestión



Para: Mejorar la calidad de atención a los asegurados en los Servicios de Consulta Externa en los EESS de la RAS Huancavelica.

- ✓ Se analizó las quejas presentadas por los asegurados atendidos en la consulta externa, lo que fue informado mediante Carta N° 062-OPC.
- ✓ Se elaboró el Plan de Mejora en Consulta Externa (Carta N° - 071-OPC)
- ✓ Mediante Carta N° 080-OPC, se informa sobre el monitoreo a través de las encuestas de satisfacción al usuario
- ✓ Se desarrolló el Curso Taller de Atención Humanizada (Carta 048-UPCYRM)
- ✓ Los resultados fueron informados mediante Carta N 05-OPC-D-RAHVCA.
- ✓ Se ha desarrollado 01 curso taller de trato humanizado y 02 asistencias técnicas de la Oficina de Calidad.
- ✓ Convenio de equipos en cesión de uso para el servicio de laboratorio, con lo cual se ha disminuido tiempos en el procesamiento de los exámenes.
- ✓ Asignación de Horas Extras y horas RPCT para cubrir brecha.
- ✓ Se viene realizando las convocatorias para el reemplazo de los médicos que renunciaron.

Para: Fortalecer el programa de Autoevaluación para la acreditación de los EESS de la RAS Huancavelica

- ✓ Se reconformo el Comité de Autoevaluación de la RAS Huancavelica
- ✓ Se elaboró y aprobó el Plan de Autoevaluación y Acreditación de los EESS de la RAS
- ✓ Se sociabilizo el Plan de Autoevaluación de Acreditación a los Jefes de departamentos, servicios y de atención primaria
- ✓ Se realizó la capacitación sobre acreditación de EESS
- ✓ Se aplicó la autoevaluación a los 7 EESS que conforman la RAS Huancavelica, en el mes de diciembre
- ✓ Se presentó el informe final de la autoevaluación correspondiente al año 2015

Para: Mejorar el Clima Laboral en La RAS Huancavelica

- ✓ Se presentó el Diagnóstico Situacional del Clima Organizacional, mediante Carta N° 64-UPCRM-OPC-2015, realizando el análisis de los resultados de las encuestas y se concluyó que está en la categoria de "POR

Red Asistencial HUANCAVELICA

MEJORAR"

- ✓ Se llevó a cabo la Encuesta Inicial de medición, así como el informe de los resultados (Carta N° 48- UPCRM)
- ✓ Se realizó el curso Taller "Calidad de los Servicios de Salud y Humanización de la Atención" los días 22 y23 de junio 2015 (Carta N° 47- UPCRM)
- ✓ En mérito al análisis de los resultados de la encuesta de clima organizacional se da conocer las propuestas de mejora de clima organizacional (Carta 85-UPCRM)
- ✓ Informe de resultados CARTA N 02- UPCRM-2016
- ✓ El Plan de Mejora, fue aprobado el mes de noviembre (Carta N° 02- UPCRM-2016)

Para: Realizar la Vigilancia de la Salud Ocupacional del Trabajador de los EESS de la RAS Huancavelica

- ✓ Mediante Resolución N°063- D RAHVCA-2013, se conformó Equipo de Trabajo de Salud Ocupacional
- ✓ Se realizó el Diagnostico de los Riesgos Ocupacionales a los que está expuesto los trabajadores de la RAS
- ✓ Se aprobó el Plan de Trabajo para la Implementación, teniendo en cuenta Directiva N° 001-GG-EsSalud
- ✓ Se informó sobre los resultados de la evaluación de las fichas de salud ocupacional y cuadros de evaluación de personal
- ✓ Se incluyó un medio neumólogo al equipo de Salud Ocupacional.

Para: Disminuir los Riesgos Ocupacionales y de los Accidentes de Trabajo en los EESS de la RAS Huancavelica

- ✓ Se cuenta con Sub Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo y Supervisores en la RAS Huancavelica
- ✓ Se conformó el IPERC de la Oficina Administrativa
- ✓ Se realizó la reunión técnica sobre Enfermedades Ocupacionales más frecuentes en los CAS
- ✓ Se elaboró el cuadro comparativo de Accidentes de Trabajo 2013 - 2014
- ✓ Se viene trabajando el cuadro comparativo de la Evaluación de Riesgos en Centros Asistenciales de la Red 2013 -2014.

Para: Fortalecer las capacidades en el manejo de del Sistema SAP/R3 - Módulo de Programación /Gestión de Stock en los responsables de Farmacia y Depósito de los EESS de la RAS Huancavelica.

- ✓ Se realizó el Diagnostico Situacional (23-05-2015), se informó con carta 148- RM-UPCRM
- ✓ Se elaboró y aprobó el plan de trabajo de la reunión de "Normas para el monitoreo y evaluación del suministro de productos farmacéuticos y dispositivos médicos en ODCs de EsSalud.
- ✓ Se desarrolló el taller Asistencia técnica en el manejo de del Sistema SAP/R3
- ✓ Monitoreo permanente a través del correo electrónico del suministro de bienes estratégicos (Carta 214- RM-UPCRM).

Gestión de la RAS

En el mes de Enero

- ✓ Se designó al Médico de Control de Canje de CITTs de la RAS Huancavelica - 2015
- ✓ Se conformó el Equipo de Practicas Seguras de la RAS Huancavelica.
- ✓ Se constituyó el Sub Comité de Implementación del Sistema de Control Interno de la RAS Huancavelica

En el mes de Febrero

- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Odontología de la RAS Huancavelica - 2015

En el mes de Marzo

- ✓ Se conformó el Comité Medico de Auditoria de Incapacidad - COMAI de la RAS Huancavelica 2015-2017

En el mes de Abril

- ✓ Se conformó el Comité de Eventos Adversos de la RAS Huancavelica

En el mes de Mayo

- ✓ Se designó a los responsables del Manejo de Residuos Sólidos en los CM y PM de la RAS Huancavelica.
- ✓ Se conformó el Equipo Multidisciplinario de Atención Primaria dela RAS Huancavelica - 2015
- ✓ Se conformó el Comité de Prevención y Análisis de la Mortalidad Materna de la RAS Huancavelica - 2015

Red Asistencial HUANCAVELICA

En el mes de Junio
- ✓ Se conformó el Circulo por los Derechos y la Humanización de la RAS Huancavelica

En el mes de Agosto
- ✓ Se conformó el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente de la RAS Huancavelica periodo 2015-2016

En el mes de Setiembre
- ✓ Se conformó el Comité de Formulación del Plan Director de Inversión de la RAS Huancavelica.
- ✓ Se conformó el Comité Farmacoterapeutico de la RAS Huancavelica 2015-2016.
- ✓ Se destinó el ambiente donde que se encuentra ubicada en el H II de la RAS Huancavelica para la implementación de Lactario Institucional.
- ✓ Se conformó el Comité de Evaluación del Programa Personas que Dejan Huellas de la RAS Huancavelica.

En el mes de Octubre
- ✓ Se conformó el Comité de Referencias y Contrarreferencias de la RAS Huancavelica 2015-2016

En el mes de Noviembre
- ✓ Se conformó el Equipo de Mejora Continua de Calidad en el Primer Nivel de Atención del Área Niño en el CM Lircay, en el H II Huancavelica.
- ✓ Se conformó el Equipo de Trabajo de Gestión de Riesgo de la RAS Huancavelica - 2015-2016.
- ✓ Se conformó el Equipo "Cero Dolor en el Paciente" de la RAS Huancavelica - 2015 -2016.
- ✓ Se designaron a los Responsables de la Campaña de Baños Limpios y Seguros", de la RAS Huancavelica.

En el mes de Diciembre
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria en Enfermería de la RAS Huancavelica - 2015-2016
- ✓ Se conformó el Equipo de Trabajo para elaborar las Guías de Práctica Clínica de la RAS Huancavelica - 2016-2017
- ✓ Se ratificó la conformó el Comité de Auditoria Odontología de la RAS Huancavelica - 2016
- ✓ Se aprobó el Plan de Trabajo para Implementar el Sistema de Control Interno de la RAS Huancavelica.
- ✓ Se conformó el Comité de Historias Clínicas de la RAS Huancavelica
- ✓ Se modificó la denominación del Comité conformado con Res.149-D-RAHVCA-EsSalud-2015 debe decir "Comité de Prevención y Análisis de la Mortalidad Materna y Perinatal" de la RAS Huancavelica.
- ✓ Se reconformó el Comité de Control de Infecciones Intrahospitalaria de la RAS Huancavelica - 2015-2016
- ✓ Se designó al coordinador para el acceso a la información pública de la RAS Huancavelica, al portal Web.

Principales Gastos Logísticos (PAC – 2015)

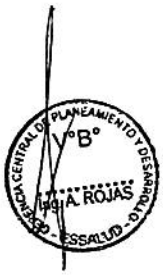
Descripción (*)	Tipo de proceso	Valor estimado S/.
Contratación del servicios de mantenimiento anual de equipo médico de alta tecnología tomógrafo computarizado de 16 cortes marca Toshiba del H II de la RAS Huancavelica	ADS	295,240.00
Adquisición de reactivos de patología clínica con equipo en cesión de uso para bioquímica periodo 2015 para la RAS Huancavelica	ADS	142,064.10
Compra de reactivos de laboratorio de inmunología con equipo en cesión en uso para el H II periodo 2015 RAS Huancavelica	ADS	62,154.00
Adquisición de hemograma automatizado diferencial 5 estirpes con equipo en cesión de uso para hematología periodo 2015 para la RAS Huancavelica	ADS	53,200.00
Adquisición de sistema DIPAC para pacientes continuadoras por delegación del nivel central setiembre y octubre 2015 para la RAS Huancavelica	AMC	39,288.78
Adquisición de ropa hospitalaria para la RAS Huancavelica	AMC	38,658.80
Contratación del servicio de fotocopiado para el H II y oficina de administración de la RAS Huancavelica	AMC	39,950.00
Adquisición de combustible para la operatividad de la flota vehicular incinerador pirolítico y grupo electrógeno de la RAS Huancavelica	AMC	85,920.00
Adquisición de combustible para la operatividad de la flota vehicular incinerador pirolítico y grupo electrógeno de la RAS Huancavelica	AMC	85,920.00
Total		842,395.68

(*) Periodos de 12 meses

Red Asistencial HUANCAVELICA
Principales Cursos Talleres llevados a cabo
1. Curso Taller: Calidad de los Servicios de Salud y Humanización de la Atención, dirigido a 62 participantes. (S/.6,230) 2. Curso Taller Gestión por Procesos, dirigido a 45 participantes. (S/.4,330) 3. Curso de emergencias obstétricas, dirigido a 29 participantes. (S/.5,700) 4. Curso Taller: Bioseguridad - Manejo Adecuado de Residuos Sólidos Hospitalarios, dirigido a 56 participantes. (S/.5,320) 5. Curso Transporte del Paciente Crítico y Soporte Vital Básico Adultos, dirigido a 31 participantes. (S/.5,200)







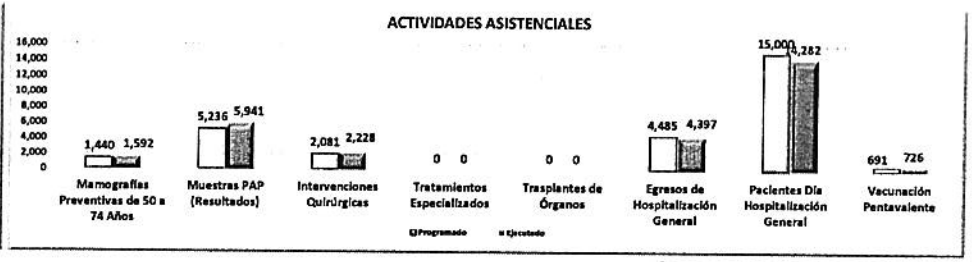
Evaluación del Plan Operativo Institucional 2015 - Desagregado

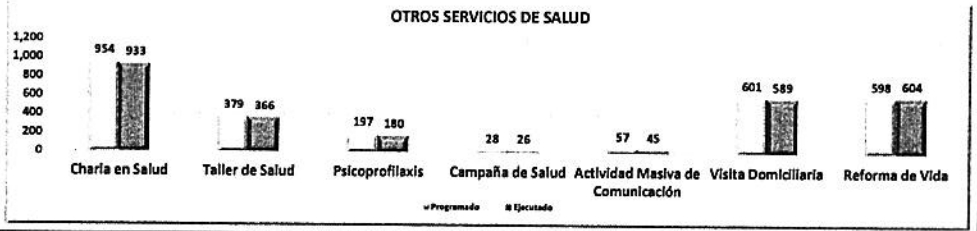
Red Asistencial HUARAZ

ACTIVIDADES OPERATIVAS - ASISTENCIALES

	PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD	UNIDAD DE MEDIDA	Al IV Trimestre		Cumplimiento %
			Programado	Ejecutado	
1	Consultas en el Primer Nivel	Consultas	46,213	47,953	104%
2	Consultas en el II y III Nivel	Consultas	92,597	94,425	102%
3	Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años	Mamografías preventivas con resultado	1,440	1,592	111%
4	Muestras PAP (Resultados)	Exámenes PAP con resultado	5,236	5,941	113%
5	Intervenciones Quirúrgicas	Intervenciones Quirúrgicas	2,081	2,228	107%
6	Tratamientos Especializados	Tratamientos Especializados	0	0	0%
7	Trasplantes de Órganos	Trasplantes	0	0	0%
8	Egresos de Hospitalización General	Egresos	4,485	4,397	98%
9	Pacientes Día Hospitalización General	Paciente día	15,000	14,282	95%
10	Vacunación Pentavalente	Vacunas (3ª dosis)	691	726	105%
11	Otros servicios de Salud				
11.1	Charla en Salud	Charlas	954	933	98%
11.2	Taller de Salud	Sesiones	379	366	97%
11.3	Psicoprofilaxis	Sesiones	197	180	91%
11.4	Campaña de Salud	Campañas	28	26	93%
11.5	Actividad Masiva de Comunicación	Eventos	57	45	79%
11.6	Visita Domiciliaria	Visitas	601	589	98%
11.7	Reforma de Vida	Sesiones	598	604	101%







Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel >= 100% son: Consultas en el PN (104%), Consultas en el II y III Nivel (102%), Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años (111%), Muestras PAP (113%), Interv.Qx. (107%) y Vacunación Pentavalente (105%)

De las 07 Actividades denominadas Otros Servicios de Salud, una (01) muestran un avance >=100% y tres (03) se encuentran con un nivel de avance menor al 95% siendo estas: Psicoprofilaxis (91%), Campaña de Salud (93%) y Actividad Masiva de Comunicación (79%).

INICIATIVA DE GESTIÓN	AVANCE POI - 2015			MALO				Hitos ejecutados				
Actividades	Responsable	Fec. Ini. ReProg	Fec. Fin ReProg	Valor %	Valor ganado	Valor planeado	Indice Pesos actual	N° HITOS	SI (100%)	NO (0 %)	AVANCE	Cumplimiento %
(15)74.Categorizar, Autoevaluar y Acreditar los establecimientos de la Red Asistencial Huaraz	Floridiana Castro	02-ene	31-oct	100	20.5	100	0.205	8	0	4	4	0.00%
(15)75.Garantizar el acceso oportuno a citas, a fin de mejorar la satisfacción de los asegurados ambulatorios.	Florella Quintana	02-ene	31-dic	100	20	100	0.2	7	1	5	1	14.29%
(15)76.Identificar y Evitar la Enfermedad Renal Crónica - ERC en pacientes Hipertensos y Diabéticos	Carlos Ugaz	01-ene	31-dic	100	55	100	0.55	6	4	2	0	66.67%
(15)77.Realizar la Detección precoz y referencia oportuna de cancer de mama y cuello uterino en el á	Joffre Morales	01-ene	31-dic	100	50	100	0.5	5	2	2	1	40.00%
(15)78.Implementar estrategias de intervención sanitaria, que permitan mejorar el estado de salud de	Walter Falcon	02-ene	31-dic	100	13	100	0.13	8	1	6	1	12.50%
(15)79.Fortalecer la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la TBC	Frank Alcantara	01-ene	31-dic	100	32.5	100	0.325	5	1	3	1	20.00%
(15)80.Fortalecer la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS – VIH-SIDA	Frank Alcantara	02-ene	31-dic	100	10	100	0.1	8	1	7	0	12.50%
(15)81.Mejorar la calidad del servicio y Equipamiento con Tecnología de Punta en la Red Asistencial	Floridiana Castro	02-ene	30-jun	100	35	100	0.35	3	1	2	0	33.33%
(15)82.Mejorar la Recuperación de Deuda no Contributiva y de Terceros en la Red Asistencial Huaraz	Rafael Vásquez	02-ene	31-oct	100	0	100	0	3	0	3	0	0.00%
Iniciativa de Gestión		01-ene	31-dic	100	26.22	100.00		53	11	34	8	20.75%

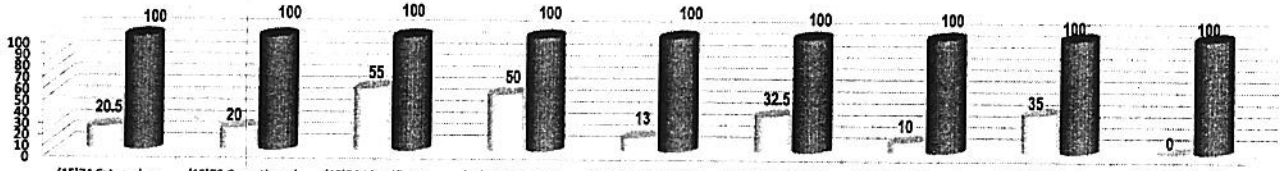
Para garantizar el acceso oportuno a citas, a fin de mejorar la satisfacción de los asegurados ambulatorios, la RAS Huaraz elaboró el Análisis situacional al 31.Dic.2014 del diferimiento de citas del Hospital II Huaraz (Carta N° 112-UADM.N -REGM-REF/D-HII-HZ/EsSalud-2015

Mediante Resolución N° 71-D-RAHZ-ESSALUD-2014, se conformó el Comité de Acreditación de la Red

Mediante Resolución N° 07-D-RAHZ-EsSalud-2015, se conformó el Comité de Autoevaluación CM Carhuaz, por Resolución N° 08-D-RAHZ-EsSalud-2015, se conformó el Comité de Autoevaluación CM Caraz, así como por Resolución N 46-D-RAHZ-EsSalud-2015, se conformó Comité de Autoevaluación del CM Huari

1)Mediante Carta N 020-DADXTTO-D-RAHZ-ESSALUD-2015, se informó sobre incrementar la Oferta de exámenes de mamografías. 2)Mediante Carta N° 1-MAIS-MUJER GESTANTE-HII ESSALUD-HUARAZ-2016, se informa sobre el avance detección precoz y referencia oportuna de casos de cáncer de mama y cuello uterino. 3)Ingreso de 01 SERUMS CM Carhuaz.

1)Mediante Carta N° 438-D-RAHZ-ESSALUD-2015, se informó sobre la inducción en vigilancia epidemiológica. 2)Mediante Informe N° 1-OCP-RAHZ-ESSALUD-2015, sobre la Captación de Sintomáticos Respiratorios en los EESS de la RAS Huaraz





Ing. A. ROJAS

Econ. A. Verástegui SubGerente

V/B V. REYNA Gerente

Patron de Comportamiento de los Indicadores del POI - FONAFE de la Red Asistencial HUARAZ

1. Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva del I Nivel de Atención	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Ratio	0.65	0.5

Fuente SIAQ (exportado el 31-01-2016)

2. Diferimiento de Citas Consulta Externa pacientes referidos del I al III Nivel	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	14	14

Fuente SIAQ (exportado el 31-01-2016)

3. Promedio de Permanencia en Hospitalización General	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	3.11	3.11

Fuente SIAQ (exportado el 31-01-2016)

4. Porcentaje de Pacientes en Sala de [illegible]	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Porcentaje (%)	90.65%	90.65%

Fuente SIAQ (exportado el 31-01-2016)

5. Tiempo de Espera de Intervención Quirúrgica	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	45	45

Fuente SIAQ (exportado el 31-01-2016)

6. Cobertura de Tamizaje de Cancer de Cuello Uterino	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	27.50%	19.69%

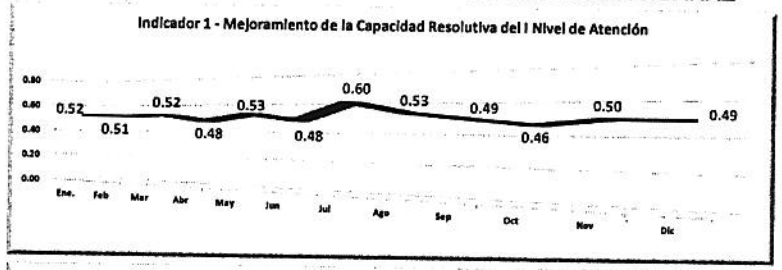
Fuente SIAQ (exportado el 31-01-2016)

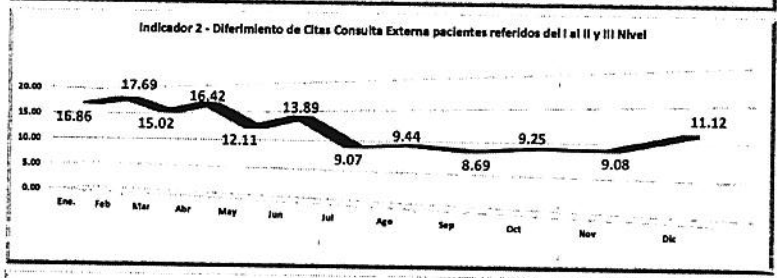
7. Cobertura de Tamizaje de Mamografías Preventivas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	25.00%	18.58%

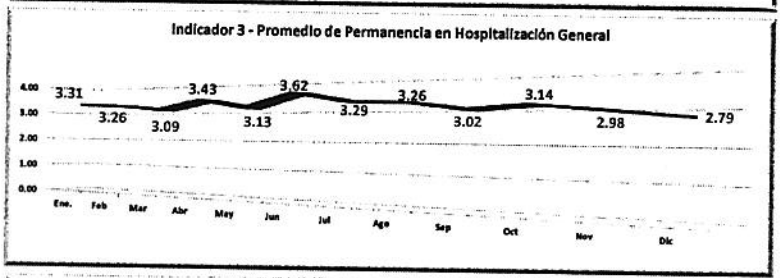
Fuente SIAQ (exportado el 31-01-2016)

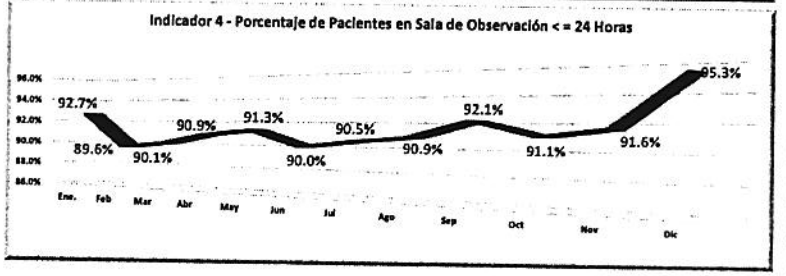
8. Cobertura de Vacunación Pentavalente (3era dosis)	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	85.00%	59.78%

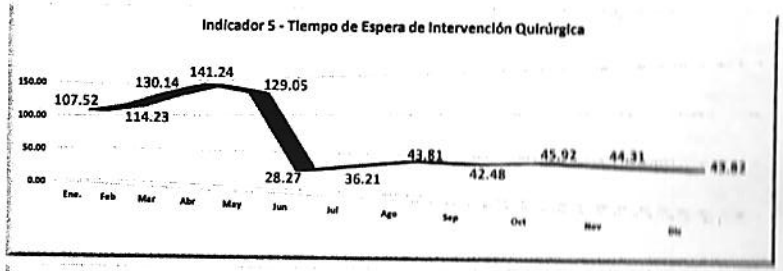
Fuente SIAQ (exportado el 31-01-2016)

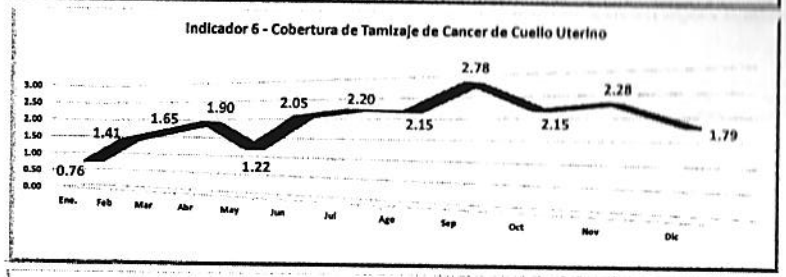


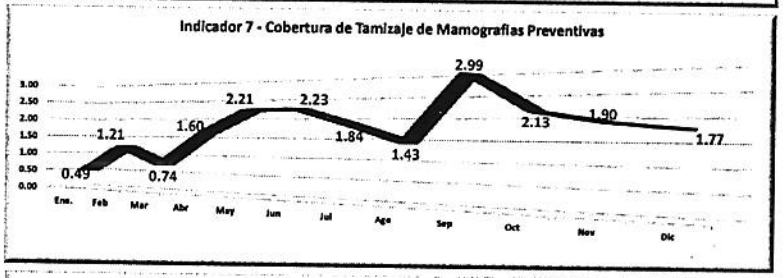


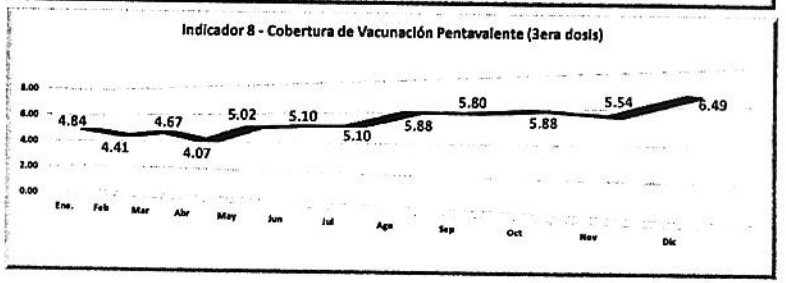












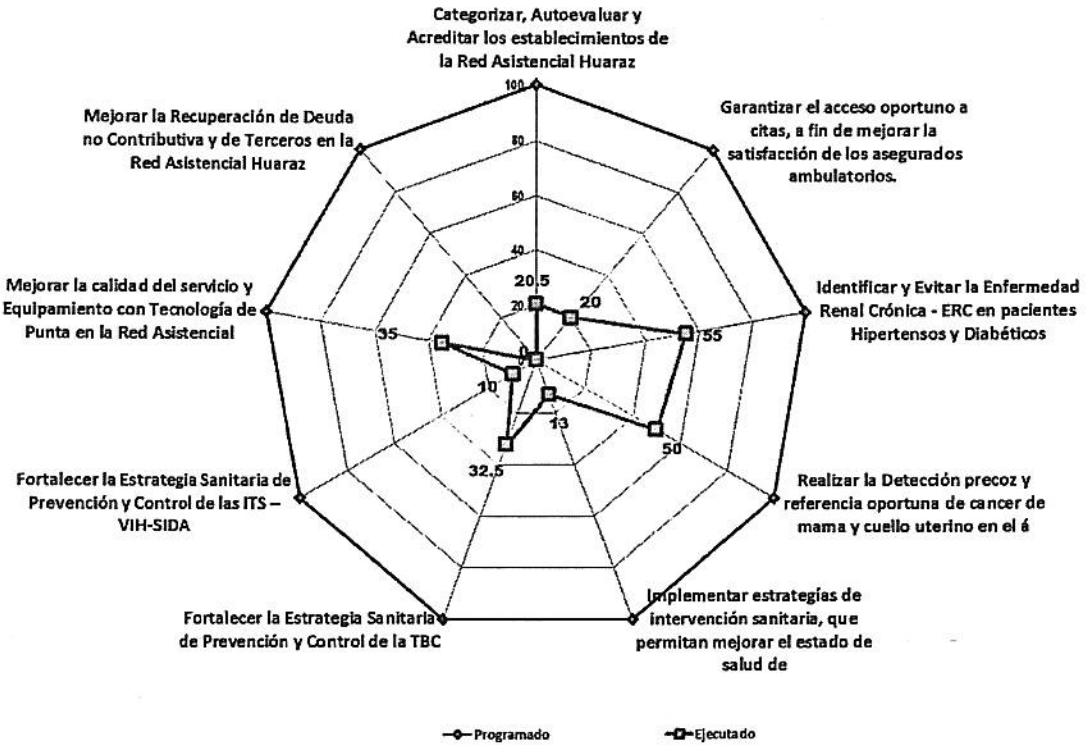
V°B° Mg. A. ROJAS - ESSALUD

V°B° V. REYNA Gerente - ESSALUD

V°B° Econ. A. Verástegui Sub Gerente - ESSALUD

Red Asistencial HUARAZ

Actividades Desarrolladas para el cumplimiento de la Iniciativas de Gestión



Para: Categorizar, Autoevaluar y Acreditar los establecimientos de la Red Asistencial Huaraz

- ✓ Solicito respuesta al levantamiento de observaciones a Evaluación de Categorización del HII Huaraz (24/02/15).
- ✓ Levantamiento de observaciones PM Piscobamba (14/04/15)
- ✓ Mediante Resolución N° 71-D-RAHZ-ESSALUD-2015, se conformó el Comité de Acreditación de la Red.
- ✓ Mediante Resolución N 07-D-RAHZ-ESSALUD-2015, se conformó el Comité de Autoevaluación CM Carhuaz, con Resolución N 08-D-RAHZ-ESSALUD-2015, el Comité de Autoevaluación del CM Caraz y por Resolución N 46-D-RAHZ-ESSALUD-2015, el Comité de Autoevaluación del Huari

Para: Garantizar el acceso oportuno a citas, a fin de mejorar la satisfacción de los asegurados ambulatorios.

- ✓ Mediante Carta N° 112-UADM-REGM-REF/D-HII-HZ/ESSALUD-2015, se hizo llegar el Análisis situacional al 31.Dic.2014 del diferimiento de citas del Hospital II Huaraz

Para: Identificar y Evitar la Enfermedad Renal Crónica - ERC en pacientes Hipertensos y Diabéticos

- ✓ Mediante Carta N° 001-2015-SR-APP-GRAAN/HUARAZ, se informó sobre la sensibilización y captación de los asegurados con probabilidad de ERC
- ✓ Mediante Carta N° 001-MMS-HZ-RAHZ-ESSALUD-2015, se informó sobre implementar Terapias Cardiovascular a las personas con HTA.
- ✓ Mediante Carta N° 99-D-RAHZ-ESSALUD-2015, se realizó el requerimiento de personal para el cumplimiento de acuerdos de gestión y metas 2015.

Para: Realizar la Detección precoz y referencia oportuna de cáncer de mama y cuello uterino en el á

- ✓ Mediante Carta N 020-DADXTTO-D-RAHZ-ESSALUD-2015, se informó sobre Incrementar la Oferta de exámenes de mamografías
- ✓ Mediante Carta N° 1-MAIS-MUJER GESTANTE-HII ESSALUD-HUARAZ-2016, se informa sobre el avance detección precoz y referencia oportuna de casos de cáncer de mama y cuello uterino

Red Asistencial HUARAZ

- ✓ ingreso de 01 SERUMS CM Carhuaz

Para: Implementar estrategias de intervención sanitaria, que permitan mejorar el estado de salud de
- ✓ Carta N° 438-D-RAHZ-ESSALUD-2015, inducción en vigilancia epidemiológica

Para: Fortalecer la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la TBC
- ✓ Informe N 1-OCP-RAHZ-ESSALUD-2015, sobre la Captación de Sintomáticos Respiratorios en los EESS de la RAS Huaraz.

Para: Fortalecer la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS – VIH-SIDA
- ✓ Carta N° 07-SENF-RAHZ-ESSALUD-2015, solicitud de impresión de triptico de VIH-SIDA

Para: Mejorar la calidad del servicio y Equipamiento con Tecnología de Punta en la Red Asistencial
- ✓ Carta N° 608-D-RAHZ-ESSALUD-2015, la RAS Huaraz, Plan Piloto para la elaboración del Plan Director.

Para: Mejorar la Recuperación de Deuda no Contributiva y de Terceros en la Red Asistencial Huaraz
- ✓ **NO EVALUO**

Gestión de la RAS

En el mes de Enero
- ✓ Se conformó el Comité Técnico Operativo para la Implementación y Funcionamiento del Lactario Institucional del H II Huaraz de la RAS Huaraz

En el mes de Febrero
- ✓ Se reconformó el Comité Rondas de Seguridad del H II Huaraz
- ✓ Se conformó el Comité de Lactancia Materna del CM Caráz
- ✓ Se conformó el Comité de Ayudas Biomecánicas de Rehabilitación.

En el mes de Marzo
- ✓ Se conformó el Comité Farmacológico de la RAS Huaraz

En el mes de Abril
- ✓ Se conformó el Comité Auditoria Medica del H II Huaraz de la RAS Huaraz

En el mes de Julio
- ✓ Se conformó el Comité Técnico de Formulación del Plan Director de la RAS Huaraz
- ✓ Se reconformó el Comité Seguridad y Salud Ocupacional del H II Huaraz

En el mes de Setiembre
- ✓ Se reconformó el Comité Mortalidad Materna de la RAS Huaraz
- ✓ Se reconformó el Comité de Vigilancia Perinatal del H II Huaraz para el periodo 2015-2016
- ✓ Se reconformó el Comité Acreditación de la RAS Huaraz

En el mes Octubre
- ✓ Se conformó el Comité de Implementación de Rehabilitación Basada en Comunidad – RBC, para el Primer Nivel de Atención de la RAS Huaraz

En el mes de Noviembre
- ✓ Se aprobó el Plan de Respuesta Frente a Situaciones de Emergencia y Desastre 2015 – 2016, de la RAS Huaraz.
- ✓ Se aprobó el Cronograma de Rondas de Seguridad 2015 de la RAS Huaraz.
- ✓ Se aprobó el Plan de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente de la RAS Huaraz.

En el mes de Diciembre

Red Asistencial HUARAZ

- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Medica – 2016, del H II Huaraz de la RAS Huaraz
- ✓ Se conformó el Comité de Infecciones Intrahospitalarias de la RAS Huaraz
- ✓ Se aprobó el Plan de Manejo de Residuos Sólidos – 2016, del H II Huaraz de la RAS Huaraz
- ✓ Se aprobó el Plan de Respuesta Frente a Situaciones de Emergencia y Desastre 2015 – 2016, del H II Huaraz de la RAS Huaraz.

Principales Gastos Logísticos (PAC – 2015)

Descripción (*)	Tipo de proceso	Valor estimado S/.
Contratación del servicio de atención en los módulos de apoyo al asegurado en el H II Huaraz de la RAS Huaraz, por un periodo de doce (12) meses	ADP	**280,130.61**
Adquisición del servicio de eliminación de residuos sólidos biocontaminados del H II Huaraz de la RAS Huaraz por un periodo de 12 meses	ADS	**95,460.00**
Contratación del servicio de alimentación y nutrición para los pacientes hospitalizados y personal de guardia del H II Huaraz de la RAS Huaraz por un periodo de 5 meses	ADS	**132,084.83**
Adquisición de central telefónica por reposición para el H II Huaraz por obsolescencia en la RAS Huaraz	ADS	**183,000.00**
Contratación del servicio de procesamiento y lectura de muestras anátomo patológicas y de citología por un periodo de 1 mes	AMC	**23,895.00**
Adquisición de llantas para las unidades vehiculares de la RAS Huaraz	AMC	**13,460.00**
Adquisición del servicio de traslado de pacientes referidos del CM Caráz y el H II Huaraz de la RAS Huaraz	CP	**1,552,880.00**
Total		**2'280,910.44**

(*) Periodos de 12 meses

Principales Cursos Talleres llevados a cabo

1. Lectura e interpretación de exámenes radiológicos: tomografía y radiología en el Servicio de Emergencia, dirigido a 25 participantes (S/. 2,658).
2. Calidad y humanización en atención al usuario, dirigido a 48 participantes (S/. 1,834).
3. Actualización en el control del crecimiento y desarrollo del niño menos de 36 meses, dirigido a 12 participantes (S/. 2,758).
4. Tratamiento de problemas óseo musculares con concepto Mulligan, dirigido a 12 participantes (S/. 1,584).
5. Actualización en la Ley de Contrataciones del Estado, dirigido a 10 participantes (S/. 2,908).
6. Manejo del SAP, dirigido a 20 participantes (S/. 1,609).
7. RPC básico neonatal y pediátrico, dirigido a 26 participantes (S/. 1,609).
8. Curso - taller de Seguridad y Salud en el trabajo: "Prevención, Trabajo y Salud", dirigido a 99 participantes (S/. 3,900)
9. Mejoramiento del Clima Laboral (actitud y motivación), dirigido a 116 participantes. (S/. 4,035)
10. Curso de especialización profesional en salud ocupacional y medicina del trabajo, dirigido a 116 participantes (S/. 4,100).
11. Salud ocupacional y bioseguridad hospitalaria, dirigido a 116 participantes. (S/. 4,100)

V°B° V. REYNA Gerente

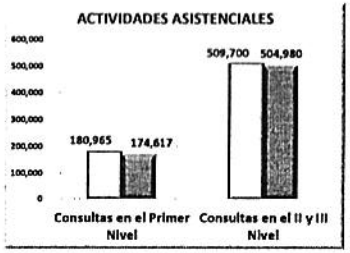
V°B° Econ. A. Verástegui SubGerencia

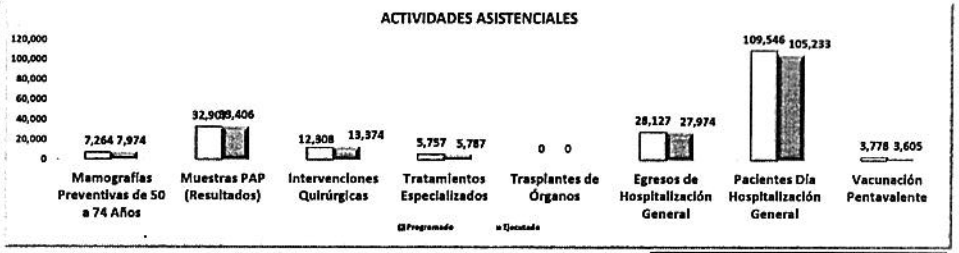
V°B° Ing. A. ROJAS

Evaluación del Plan Operativo Institucional 2015 - Desagregado
Red Asistencial ICA

ACTIVIDADES OPERATIVAS - ASISTENCIALES

	PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD	UNIDAD DE MEDIDA	Al IV Trimestre		Cumplimiento %
			Programado	Ejecutado	
1	Consultas en el Primer Nivel	Consultas	180,965	174,617	96%
2	Consultas en el II y III Nivel	Consultas	509,700	504,980	99%
3	Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años	Mamografías preventivas con resultado	7,264	7,974	110%
4	Muestras PAP (Resultados)	Exámenes PAP con resultado	32,907	33,406	102%
5	Intervenciones Quirúrgicas	Intervenciones Quirúrgicas	12,308	13,374	109%
6	Tratamientos Especializados	Tratamientos Especializados	5,757	5,787	101%
7	Trasplantes de Órganos	Trasplantes	0	0	#¡DIV/0!
8	Egresos de Hospitalización General	Egresos	28,127	27,974	99%
9	Pacientes Día Hospitalización General	Paciente día	109,546	105,233	96%
10	Vacunación Pentavalente	Vacunas (3ª dosis)	3,778	3,605	95%
11	Otros servicios de Salud				
11.1	Charla en Salud	Charlas	3,863	4,197	109%
11.2	Taller de Salud	Sesiones	1,115	1,153	103%
11.3	Psicoprofilaxis	Sesiones	1,633	1,659	102%
11.4	Campaña de Salud	Campañas	117	137	117%
11.5	Actividad Masiva de Comunicación	Eventos	58	107	184%
11.6	Visita Domiciliaria	Visitas	1,872	1,895	101%
11.7	Reforma de Vida	Sesiones	829	936	113%







Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel >= 100% son Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años (110%), Muestras PAP (102%), Interv Qx (109%) y Tratamientos Especializados (101%)

De las 07 Actividades denominadas Otros Servicios de Salud, todas muestran un avance >=100%

INICIATIVA DE GESTIÓN

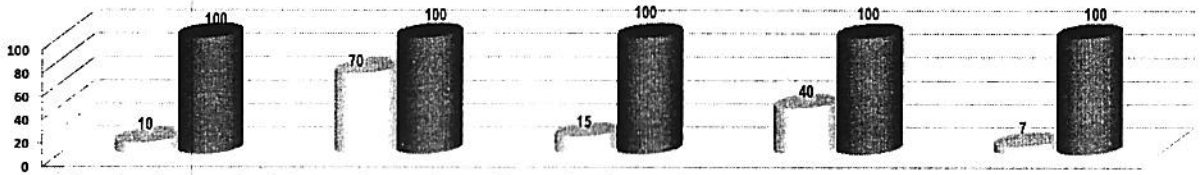
Actividades / Iniciativa de Gestión	Responsable	AVANCE POI - 2015 Fec. Ini. ReProg	Fec. Fin ReProg	Valor %	Valor ganado	Valor planeado	Indice Plan actual	MALO	Hitos ejecutados N° HITOS	B (100%)	NO (0 %)	AVANCE	Cumplimiento %
(15)83.Mejorar los procesos de Consulta Externa, Emergencia, Hospitalización de los Hospitales de la	Maricruz Quintanilla	30-mar	31-dic	100	10	100	0.1		7	1	5	1	14.29%
(15)84.Autoevaluar y Acreditar a los Establecimientos de Salud de la Red Asistencial Ica	Maricruz Quintanilla	01-ene	31-dic	100	70	100	0.7		8	3	1	4	37.50%
(15)85.Fortalecer el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis	Karina Mendoza	30-mar	31-dic	100	15	100	0.15		11	0	7	4	0.00%
(15)86.Fortalecer el Primer Nivel de Atención de la Red Asistencial Ica, En Recursos Humanos, Equipa	Karina Mendoza	30-mar	31-dic	100	40	100	0.4		5	2	3	0	40.00%
(15)87.Implementar un sistema de control de la eficiencia en los EESS de la Red Ica	Luis Aquije	30-mar	31-dic	100	7	100	0.07		7	0	6	1	0.00%
Iniciativa de Gestión		01-ene	31-dic	100	28.40	100.00			38	6	22	10	15.79%

1)Resolución N° 508 GRA-ICA-ESSALUD-2015, se conformó el Comité de Calidad de la RAS Ica y Hospitales. 2) Carta N° 338 DPCyCI-OGyD-GRA-ESSALUD-ICA-2015, resultado de la encuesta I Semestre = 70% de satisfacción global de la RAS. 3) Carta N° 001 UC-DPCyCI-OGyD-GRA-ICA-ESSALUD-2016, resultado de la encuesta II Semestre =64% de satisfacción.

1)Resolución N° 637 GRA-ICA-ESSALUD-2015, del 14-09-2015, Comité de Autoevaluación y Acreditación de la RAS Ica. 2) Se ejecutó autoevaluación en 7 EESS de lo planificado, ninguno de los EESS autoevaluados alcanzo o supero los 85 puntos. 3)H IV Augusto Hernández Mendoza, logró un puntaje de 51%. 4)H II Rene Toche Groppo, logró un puntaje de 59%. 5)H I Antonio Skrabonja Antocich, logró un puntaje de 50%. 6)H I Félix Torrealva Gutierrez, logró un puntaje de 52%. 7) Carta N° 002 UC-DPCyCI-OGyD-GRA-ICA-ESSALUD-2016, presenta informe del proceso de autoevaluación 2015.

1)Resolución N° 498 -GRA-ICA-ESSALUD-2014, Comité de Expertos en Tuberculosis. 2)Carta N° 718 OCPyAP-GRA-ICA-ESSALUD-2015, Plan de Intervención de Tuberculosis 2015-2017. 3)Carta N° 717 OCPyAP-GRA-ICA, requerimiento de RRHH de enfermería para el fortalecimiento del programa de TB. 4)Carta N° 716 OCPyAP-GRA-ICA-ESSALUD-2015, solicita contratación de 02 Tecnólogos Médicos de LAB. 5) Carta N° 47 PTBC-OCPYAP-GRA-ICA-ESSALUD-2015, conocimiento la capacitación del personal involucrado en el Programa de Tuberculosis.

1)Resolución N° 258-GRA-ICA-ESSALUD-2015, Comité de Fortalecimiento del PNA, encargada de elaborar el Plan de Trabajo de Fortalecimiento del PNA. 2)Carta N° 080 RAC-DPCyCI-OGyD-GRA-ICA-ESSALUD-2015, se determinó la brecha de recursos humanos y se informó. 3)Carta N° 714 OCPyAP-GRA-ICA-ESSALUD-2015, se determinó la brecha del personal de enfermería y obstetricia en el PNA de la RAS Ica. 4) Carta N° 715 OCPyAP-GRA-ICA-ESSALUD-2015, requerimiento de personal de enfermería y obstetricia en el PNA de la RAS Ica. 5)Resolución N° 636-GRA-ICA-ESSALUD-2015, se designó a los miembros del Comité de Control de la Eficiencia en los EESS de la RAS Ica y por Resolución N° 872-GRA-ICA-ESSALUD-2015, se modificaron los integrantes del Comité.





Ing. A. ROJAS
ESSALUD

Econ. A. Verástegui
SubGerente
ESSALUD

V. REYNA
Gerente

Patron de Comportamiento de los Indicadores del POI - FONAFE de la Red Asistencial ICA

1. Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva del I Nivel de Atención	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Ratio	0.39	0.36

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

2. Diferimiento de Citas Consulta Externa pacientes referidos del I al III Nivel	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Días	15	15

3. Promedio de Permanencia en Hospitalización General	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Días	3.89	3.89

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

4. Porcentaje de Pacientes en Sala de Observación < = 24 Horas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Porcentaje (%)	86.46%	86.46%

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

5. Tiempo de Espera de Intervención Quirúrgica	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Días	29	29

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

6. Cobertura de Tamizaje de Cancer de Cuello Uterino	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Cobertura (%)	35.00%	26.43%

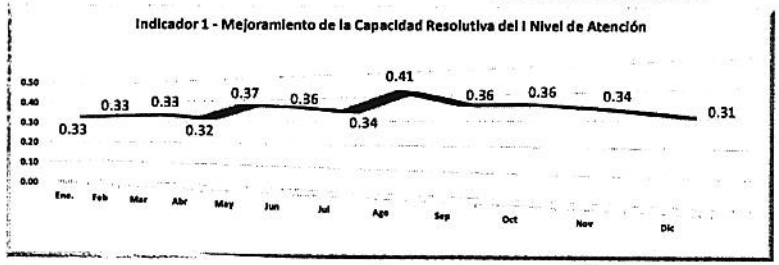
Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

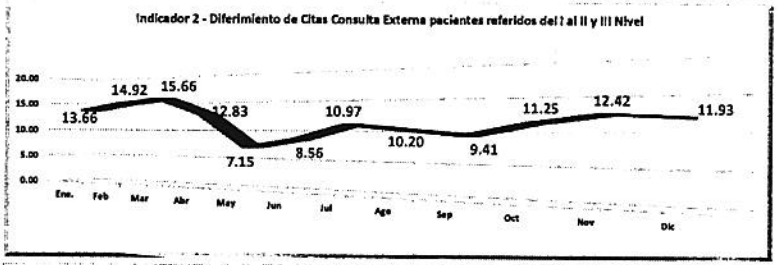
7. Cobertura de Tamizaje de Mamografías Preventivas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Cobertura (%)	30.00%	18.33%

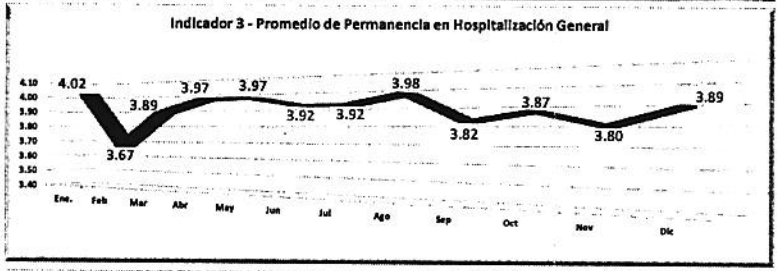
Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

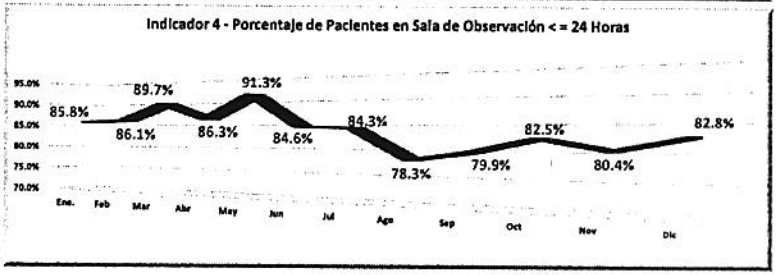
8. Cobertura de Vacunación Pentavalente (3era dosis)	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Cobertura (%)	80.00%	50.79%

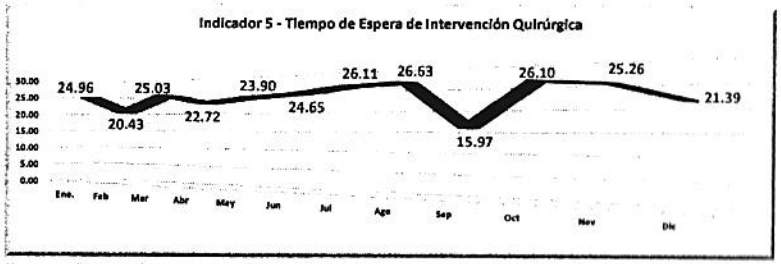
Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

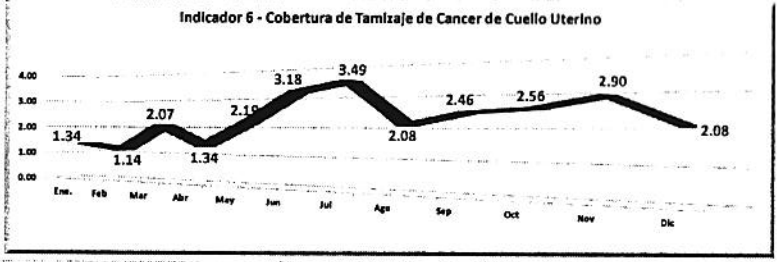


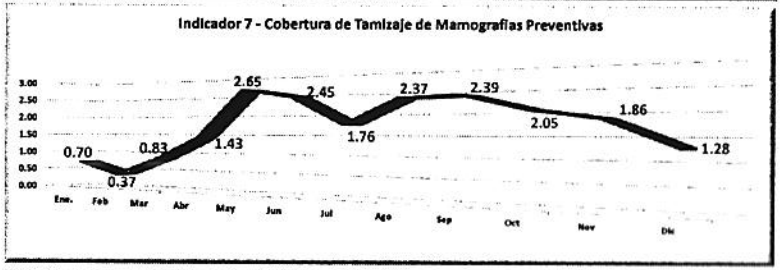


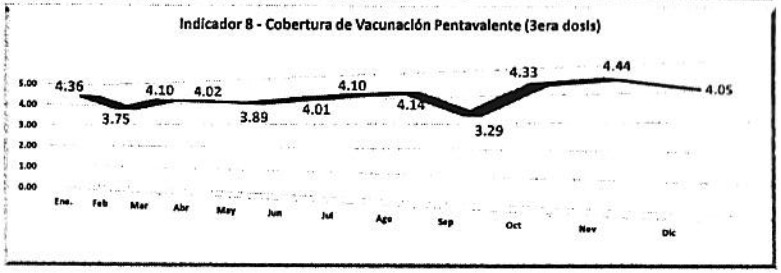












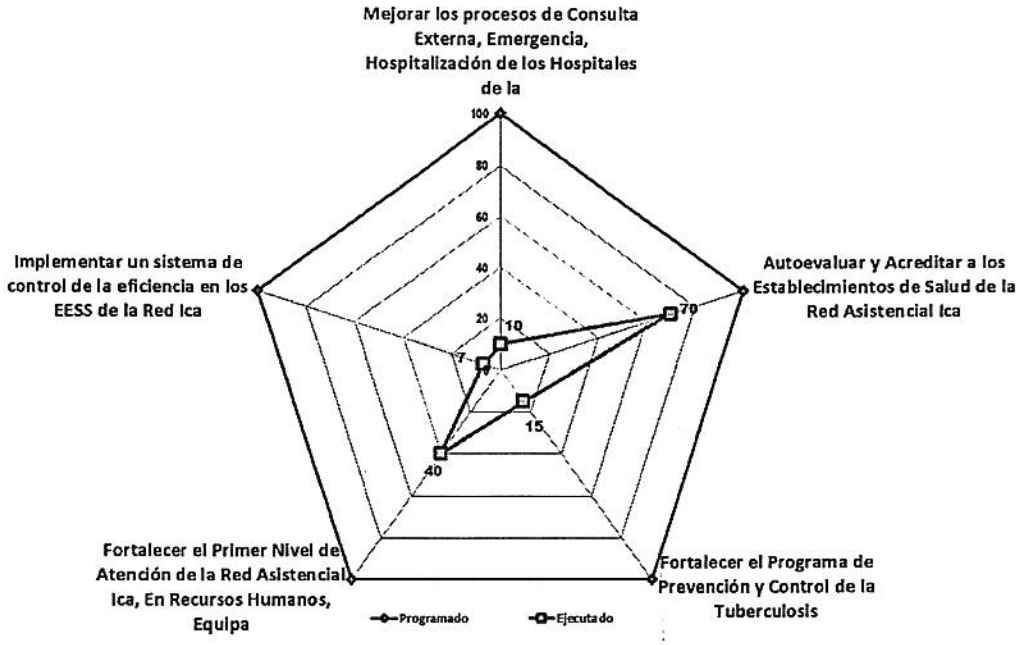
V°B° Ing. A. ROJAS - ESSALUD

V°B° V. REYNA Gerente - ESSALUD

V°B° Econ. A. Verástegui SubGerente - ESSALUD

Red Asistencial ICA

Actividades Desarrolladas para el cumplimiento de la Iniciativas de Gestión



Para: Mejorar los procesos de Consulta Externa, Emergencia, Hospitalización de los Hospitales de la

- ✓ Mediante Resolución N° 508 GRA-ICA-ESSALUD-2015, se conformó el Comité de Calidad de la RAS Ica y Hospitales
- ✓ Se ha cursado documentación a los hospitales resaltando los puntos de mayor insatisfacción para la elaboración de PMCC.
- ✓ Mediante Carta N° 338 DPCyCI-OGyD-GRA-ESSALUD-ICA-2015, se informa el resultado de la encuesta I Semestre el 70% de satisfacción global de la RAS.
- ✓ Mediante Carta N° 001 UC-DPCyCI-OGyD-GRA-ICA-ESSALUD-2016, se informa el resultado de la encuesta II Semestre el 64% de satisfacción.

Para: Autoevaluar y Acreditar a los Establecimientos de Salud de la Red Asistencial Ica

- ✓ Mediante Resolución N° 637 GRA-ICA-ESSALUD-2015, del 14-09-2015, se conformó el Comité de Autoevaluación y Acreditación de la RAS Ica.
- ✓ Se ejecutó autoevaluación en 7 EESS de lo planificado, ninguno de los EESS autoevaluados alcanzo o supero los 85 puntos.
  - H IV Augusto Hernández Mendoza, logró un puntaje de 51%.
  - H II Rene Toche Groppo, logró un puntaje de 59% puntos,
  - H I Antonio Skrabonja Antocich, logró un puntaje de 50%
  - H I Félix Torrealva Gutierrez, logró un puntaje de 52%
- ✓ Mediante Carta N° 002 UC-DPCyCI-OGyD-GRA-ICA-ESSALUD-2016, se presenta el informe del proceso de autoevaluación 2015

Para. Fortalecer el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis

- ✓ Mediante Resolución N° 498 -GRA-ICA-ESSALUD-2014, se conformó el Comité de Expertos en Tuberculosis.
- ✓ Mediante Carta N° 718 OCPyAP-GRA-ICA-ESSALUD-2015, Se informa sobre la presentación del Plan de Intervención de Tuberculosis 2015-2017.
- ✓ Mediante Carta N° 717 OCPyAP-GRA-ICA, se hace el requerimiento de RRHH de enfermería para el fortalecimiento del programa de TB

Red Asistencial ICA

- ✓ Mediante Carta N° 716 OCPyAP-GRA-ICA-ESSALUD-2015, se realiza el requerimiento de contratación de 02 Tecnólogos Médicos de LAB, para el programa de TBC
- ✓ Mediante Carta N° 47 PTBC-OCPYAP-GRA-ICA-ESSALUD-2015, se hace de conocimiento la capacitación del personal involucrado en el Programa de Tuberculosis

Para: Fortalecer el Primer Nivel de Atención de la Red Asistencial Ica, En Recursos Humanos, Equipa

- ✓ Mediante Resolución N° 258-GRA-ICA-ESSALUD-2015, se conformó el Comité de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención (PNA), encargada de elaborar el Plan de Trabajo para el Fortalecimiento del PNA
- ✓ Mediante Carta N° 080 RAC-DPCyCI-OGyD-GRA-ICA-ESSALUD-2015, se determinó la brecha de recursos humanos y se informó
- ✓ Mediante Carta N° 714 OCPyAP-GRA-ICA-ESSALUD-2015, se determinó la brecha del personal de enfermería y obstetricia en el PNA de la RAS Ica
- ✓ Mediante Carta N° 715 OCPyAP-GRA-ICA-ESSALUD-2015, se eleva requerimiento de personal de enfermería y obstetricia en el PNA de la RAS Ica

Para: Implementar un sistema de control de la eficiencia en los EESS de la Red Ica

- ✓ Mediante Resolución N° 636-GRA-ICA-ESSALUD-2015, se designó a los miembros del Comité de Control de la Eficiencia en los EESS de la RAS Ica y por Resolución N° 872-GRA-ICA-ESSALUD-2015, se modificaron los Integrantes del Comité.
- ✓ Se elaboró el Plan de Trabajo por los miembros del Comité.

Gestión de la RAS

En el mes de Marzo

- ✓ Se designó, a los miembros integrantes de las Brigadas para responder Emergencia y Desastres del H I ASA - 2015
- ✓ Se designó el Grupo de Trabajo de la Gestión de Riesgo de Desastres del H I ASA
- ✓ Se conformó el Comité de Ética en Investigación de la RAS Ica - 2015
- ✓ Se conformó el Comité de Rondas de Seguridad del H I ASA de la RAS Ica

En el mes de Abril

- ✓ Se conformó el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente de las RAS Ica - 2015
- ✓ Se conformó el Comité de Muertes y Complicaciones Intrahospitalarias H II RTG de la RAS Ica - 2015
- ✓ Se conformó el Comité de Tamizaje Neonatal H II RTG de la RAS Ica - 2015
- ✓ Se conformó el Comité de Investigación del H II RTG de la RAS Ica - 2015.
- ✓ Se conformó el Comité de Formulación del Plan Director del H II RTG de la RAS Ica - 2015
- ✓ Se conformó el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente del H II RTG de la RAS Ica - 2015
- ✓ Se conformó el Comité de Camas Hospitalarias del H II RTG de la RAS Ica - 2015
- ✓ Se conformó el Comité Evaluadora de Absentismo Laboral por Causa Medica del H II RTG de la RAS Ica - 2015
- ✓ Se conformó el Comité de Ética del H II RTG de la RAS Ica - 2015
- ✓ Se conformó el Comité de Farmacovigilancia del H II RTG de la RAS Ica - 2015
- ✓ Se conformó el Comité de Atención Primaria del H II RTG de la RAS Ica - 2015
- ✓ Se conformó el Comité de Banco de Sangre del H II RTG de la RAS Ica - 2015
- ✓ Se conformó el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo del H II RTG de la RAS Ica - 2015-2016
- ✓ Se conformó el Comité de Cartera de Servicios de Atención Primaria del H II RTG de la RAS Ica – 2015.
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Medica del H II RTG de la RAS Ica - 2015
- ✓ Se conformó el Comité Farmacológico H II RTG de la RAS Ica - 2015
- ✓ Se conformó el Comité de Gestión del CITT del H II RTG de la RAS Ica – 2015.
- ✓ Se conformó el Comité de Historias Clínicas del H II RTG, de la RAS Ica - 2015
- ✓ Se conformó el Comité de Rondas de Seguridad del H II RTG de la RAS Ica

En el mes de Mayo

- ✓ Se conformó el Comité Central de Crisis Frente a una Potencial Pandemia de Influenza u otro Virus Respiratorios Emergentes de Incremento Estacional, de la RAS Ica – 2015 – 2016.

En el mes de Junio

- ✓ Se conformó el Comité de Contingencia de Influenza del H IV AHM de la RAS Ica - 2015
- ✓ Se conformó el Comité Técnico de Formulación del Plan Director de Inversiones de la RAS Ica
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Medica del H I ASA de la RAS Ica

Red Asistencial ICA

- ✓ Se conformó el Comité de Protección y Seguridad Radiología H I MRN de Marcona de la RAS Ica

En el mes de Julio

- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria de CITT COMAI, del H I ASA de la RAS Ica
- ✓ Se conformó el Comité del Programa de ITS/VIH-SIDA de la RAS Ica

En el mes de Agosto

- ✓ Se conformó el Comité de Trasplantes de Órgano, del H IV AHM, de la RAS Ica
- ✓ Se aprobó, el Plan de Contingencia Frente a un Potencial Incremento de Circulación del Virus de Influenza AH1N1 y otros Virus Respiratorios en la RAS Ica 2015-2016
- ✓ Se conformó el Comité de Referencias y Contrarreferencias" H I MRN de Marcona de la RAS Ica

En el mes de Setiembre

- ✓ Se conformó el Comité Operativo de Emergencia y Brigadas de Defensa del H IV AHM y el H I MRM de Marcona de la RAS Ica
- ✓ Se conformó el Comité de Ética en Investigación del HIFTG de la RAS Ica - 2015,

En el mes de Octubre

- ✓ Se aprobó la Creación del Centro de Operaciones de Emergencia (COE) de la RAS Ica
- ✓ Se designó, a los miembros que integraran el Equipo de Cero Dolor, del H IV AHM de la RAS Ica
- ✓ Se aprobó el Plan de Contingencia para la llegada del Fenómeno El Niño 2015-2015, de la RAS Ica - 2015
- ✓ Se conformó el Comité Operativo de Emergencia y Brigadas de Defensa del H I ASA de la RAS Ica
- ✓ Se conformó el Comité Operativo de Emergencia y Brigadas de Defensa del H I FTG de la RAS Ica

En el mes de Noviembre

- ✓ Se rectificó al Comité de Supervisión y Verificación del Servicio de Recolección, Transparente y Disposición Final de los Residuos Sólidos Biocontaminados.
- ✓ Se modificó a los integrantes del Comité de Control de la Eficiencia en los EESS de la RAS Ica
- ✓ Se constituyó el sub Comité del Sistema de Implementación de Control Interno RAS Ica
- ✓ Se designó a los miembros del Comité de Hemodiálisis de la RAS Ica,
- ✓ Se designó a los profesionales de la salud como Médicos de Control (Comité Médico de Auditoria de Incapacidades – COMECI), a partir de la fecha, por el periodo de tres años, de CAP II Macacona, CAP I Chavalina, CAP II Pueblo Nuevo, CAP I Tambo Mora, CAP I San Clemente, CAP I Villa Túpac, CAP I Palpa y CAP I Coracora, de la RAS Ica.

En el mes de Diciembre

- ✓ Se aprobó el Plan de Control de Infecciones Intrahospitalarias por TB, del HIV AHM de la RAS Ica
- ✓ Se aprobó el Plan de Respuesta Frente a Situaciones de Emergencia y Desastre 2015-2016, del HI MRN, del HII RTG, del HI ASA, de la RAS Ica
- ✓ Se designó a los miembros del Comité Farmacológico del HI ASA de Pisco RAS Ica
- ✓ Se designó a los miembros del Comité de Farmacoterapeutico del HIV AHM de la RAS Ica
- ✓ Se designó a los miembros del Comité de Diálisis Peritoneal Ambulatorio Continua – DIPAC, del HIV AHM de la RAS Ica
- ✓ Se designó a los miembros del Comité de Hemodiálisis del HIV AHM de la RAS Ica

Principales Gastos Logísticos (PAC – 2015)

Descripción (*)	Tipo de proceso	Valor estimado S/.
Adquisición de ipilimumab 50 mg/ml x 10 ml	LP	416,196.72
Adquisición de petróleo para los hospitales FTG Y MRN	LP	369,114.00
Adquisición de reactivos de bioquímica para el H AHM	LP	789,256.00
Adquisición de reactivos de bioquímica para el H AHM	LP	178,332.00
Adquisición de reactivos de bioquímica para el H FTG	LP	412,720.00
Adquisición de repuestos equipos biomédicos	LP	422,965.00
Adquisición de repuestos equipos de hemodiálisis de la RAS Ica	ADS	199,969.68
Adquisición de reactivos de banco de sangre HIV (item 3 y 4 desiertos en el 2014)	AMC	774,405.60
Alquiler de local para funcionamiento del CAM de Pisco	ADS	72,000.00
Alquiler de local para funcionamiento del CM La Tinguiña.	AMC	36,000.00
Contratación de operadoras de central telefónicas de la RAS Ica	ADP	260,856.00
Contratación empresa encargada del servicio de fotocopiado diversas dependencias de la RAS Ica	AMC	49,140.00
Contratación de una empresa que brinde el servicio de resonancia magnética para la RAS Ica	AMC	1,125,640.00
Contratación del mantenimiento de equipos de alta tecnología para la RAS Ica	AMC	249,500.00
Contratación del servicio de apoyo en los módulos de atención al asegurado para el H IV Augusto Hernández Mendoza de la RAS Ica	AMC	77,928.00
Contratación del servicio de fotocopiado	ADP	269,568.00

Red Asistencial ICA

Contratación del servicio de mantenimiento de equipos biomédicos de la RAS Ica	CP	1,630,605.00
Contratación del servicio de mantenimiento de equipos electromecánicos de la RAS Ica	CP	1,318,296.00
Contratación del servicio de mantenimiento del sistema de aire acondicionado chiller del H I Pisco de la RAS Ica.	ADS	59,177.00
Contratación del servicio de mensajeria para los centros asistenciales de la RAS Ica	ADS	76,449.84
Contratación servicio de módulos de atención al asegurado H I ASA y H I MR de la RAS Ica	AMC	54,804.00
Contratación servicio de módulos de atención al asegurado HI FTG de la RAS Ica	AMC	70,008.00
Contratación servicio de módulos de atención al asegurado H II RTG de la RAS Ica	AMC	54,804.00
Contratación servicio de PADOMI según relación de ítems de la RAS Ica	ADP	50,688.00
Contratación servicio de recolección transporte y disposición final de los residuos sólidos biocontaminantes de los centros asistenciales de la RAS Ica	ADP	362,970.00
Contratación servicio de resane pintura muro y cambio de techo del CAP I Cora Cora de la RAS Ica	AMC	19,886.40
Contratación servicio de traslado de pacientes de hemodiálisis del hospital de pisco	ADP	151,200.00
Contratación del servicio de alquiler de local para el funcionamiento del centro adulto mayor palpa	AMC	26,400.00
Contratación del servicio módulo de atención al asegurado	AMC	1,830,384.00
Contratación del servicio PADOMI según relación de ítems de la RAS Ica (ítem N° 1 y 3 desiertos en el proceso 2014)	AMC	322,547.50
Contratación del servicio de jardineria para la RAS Ica	ADS	162,658.80
Contratar empresa encargada del servicio de lavanderia para las dependencias de la RAS Ica	CP	1,427,500.80
Contratar empresa que brinde servicio de alimentación a los pacientes hospitalizados de la RAS Ica	CP	3,578,898.94
Impresión de formatos	CP	459,106.40
Reactivos de bioquímica H II RTG, H I MRN, H I ASA	LP	631,086.00
Reactivos de hemograma automatizado HIV AHM, HI FTG, HII RTG	LP	544,260.00
Recarga de extintores para la RAS Ica	ADS	51,193.12
Servicio de mantenimiento de cobertura y pintado del CAP I Macacona de la RAS Ica	AMC	19,729.00
Servicio de mantenimiento de infraestructura CM Puquio	ADS	166,759.47
Servicio de mantenimiento para el H I FTG	ADS	138,849.00
Servicio de otorgamiento y seguimiento de citas otorgadas por el sistema de referencia y Contrarreferencias de la RAS Ica (EsSalud en linea).	CP	613,440.00
Servicio del mantenimiento del sistema de agua blanda del H I ASA de la RAS Ica	AMC	25,500.00
Servicio pintado del CAP II Santa Margarita de la RAS Ica	AMC	21,789.00
Total		19'572,581.27

(*) Periodos de 12 meses

Principales Cursos Talleres llevados a cabo

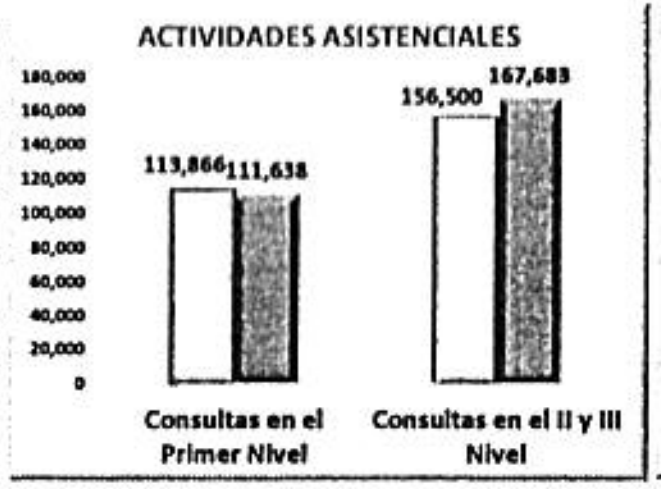
1. Seminario Taller la Administración Publica en el Contexto de la Ley Servir, dirigido a 65 participantes. (S/. 1,650)
2. Actualización en Manejo de Enfermedades Respiratorias, dirigido a 30 participantes. (S/. 0)
3. Taller Nefroprevención y Nefroprotección, dirigido a 30 participantes. (S/. 1,000)
4. Actualización en el Manejo Del Paciente Neurocrítico, dirigido a 65 participantes. (S/. 2,320)
5. Modulo Educativo De Acreditación Básica Integral, dirigido a 40 participantes. (S/. 2770)
6. Prevención y Cuidado Integral Del Adulto Y Adulto Mayor Con Patologías más Frecuentes, dirigido a 30 participantes. (S/. 1,060)
7. Modulo Educativo de Acreditación Básica, dirigido a 30 participantes. (S/. 2,550)
8. Modulo Educativo de Acreditación Avanzada, dirigido a 40 participantes. (S/. 2,630)
9. Actualización del Apoyo del Técnico En Atención Farmacéutica, dirigido a 40 participantes. (S/. 850)
10. Curso Seguimiento de Buenas Prácticas de Dispensación, dirigido a 40 participantes. (S/. 900)
11. Actualización en Nutrición Parenteral Prescripción y Seguimiento Clínico, dirigido a 25 participantes. (S/. 1,430)
12. Modulo Educativo en Reanimación Pediátrica, dirigido a 40 participantes. (S/. 1,880)
13. Curso Derechos Laborales y sus Implicancias, dirigidos a 35 participantes. (S/. 0)

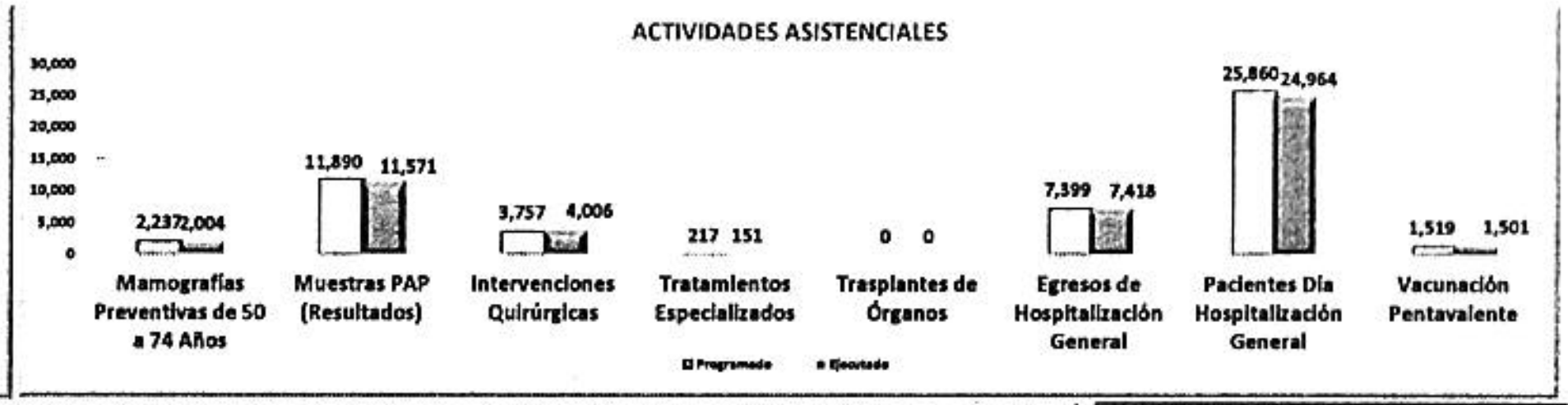
Evaluación del Plan Operativo Institucional 2015 - Desagregado

Red Asistencial JULIACA

ACTIVIDADES OPERATIVAS - ASISTENCIALES

	PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD	UNIDAD DE MEDIDA	Al IV Trimestre Programado	Al IV Trimestre Ejecutado	Cumplimiento %
1	Consultas en el Primer Nivel	Consultas	113,866	111,638	98%
2	Consultas en el II y III Nivel	Consultas	156,500	167,683	107%
3	Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años	Mamografías preventivas con resultado	2,237	2,004	90%
4	Muestras PAP (Resultados)	Exámenes PAP con resultado	11,890	11,571	97%
5	Intervenciones Quirúrgicas	Intervenciones Quirúrgicas	3,757	4,006	107%
6	Tratamientos Especializados	Tratamientos Especializados	217	151	70%
7	Trasplantes de Órganos	Trasplantes	0	0	0%
8	Egresos de Hospitalización General	Egresos	7,399	7,418	100%
9	Pacientes Día Hospitalización General	Paciente día	25,860	24,964	97%
10	Vacunación Pentavalente	Vacunas (3° dosis)	1,519	1,501	99%
11	Otros servicios de Salud				
11.1	Charla en Salud	Charlas	2,638	2,806	106%
11.2	Taller de Salud	Sesiones	1,437	1,439	100%
11.3	Psicoprofilaxis	Sesiones	980	991	101%
11.4	Campaña de Salud	Campañas	83	76	92%
11.5	Actividad Masiva de Comunicación	Eventos	138	144	104%
11.6	Visita Domiciliaria	Visitas	2,568	2,573	100%
11.7	Reforma de Vida	Sesiones	812	1,215	150%





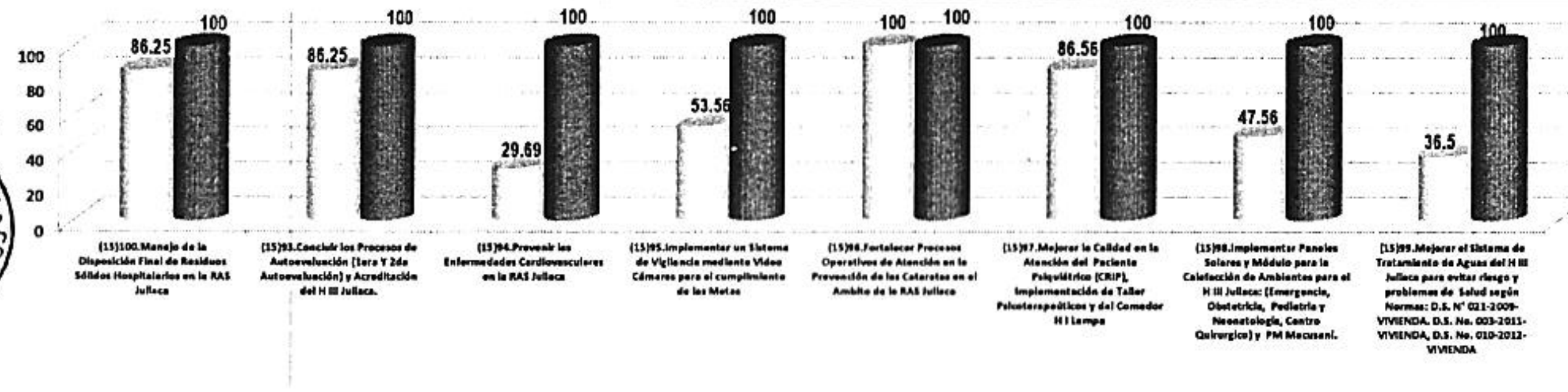


Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel >= 100% son: Consultas en el II y III Nivel (107%), Interv.Qx. (107%) y Egresos de Hospitalización Gral. (100%). Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel de avance por debajo del 95% son las referidas a: Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años (92%) y Tratamientos especializados (70%).

De las 07 Actividades denominadas Otros Servicios de Salud, seis (06) muestran un avance >=100% y una (01) se encuentran con un nivel de avance menor al 95% siendo estas: Campaña de Salud (92%).

INICIATIVA DE GESTIÓN

Actividades: Iniciativa de Gestión	Responsable	Fec. Ini. RePlan	Fec. Fin RePlan	Valor %	Valor ganado	Valor planeado	Índice Plazo actual	N° HITOS	SI (100%)	NO (0 %)	AVANCE	Cumplimiento %	
(15)100.Manejo de la Disposición Final de Residuos Sólidos Hospitalarios en la RAS Juliaca	Erwin Cruz	09-jun	31-dic	100	86.25	100	0.8625	8	6	0	2	75.00%	1)Resolución N° 205-GRAJUL-ESSALUD-2015, se designó a los responsables y equipo de apoyo de las iniciativas de gestión de las RAS Juliaca. 2)Carta N° 1210-GCGF-EsSalud-2015, del 05-06-2015, manifiesta que la institución viene enfrentando restricciones presupuestales así como menores ingresos institucionales a los previstos en el año 2015, para ello se deberán limitar atender solicitudes adicionales al presupuesto asignado a las unidades ejecutoras. 1) Carta N° 321-DIHYS-OA-GRAJUL-ESSALUD-2015, se entregó el Diagnostico Situacional sobre residuos Sólidos Generados (peligrosos y no peligrosos). 2)Carta 296-DIHYS-OA-GRAJUL-ESSALUD-2015, se informa sobre los términos de referencia para la contratación del servicio de mantenimiento
(15)93.Concluir los Procesos de Autoevaluación (1era Y 2da Autoevaluación) y Acreditación del H III Juliaca.	Alembert Coasaca	02-ene	31-dic	100	86.25	100	0.8625	8	6	0	2	75.00%	1)Resolución N° 192-GRAJUL-EsSalud-2015, del 17-06-2015, se reconformó el Comité de Autoevaluación del Proceso de Acreditación de la RAS Juliaca. 2)Carta N 68 y 69-GRAJUL-ESSALUD-2015, informó de autoevaluación de EESS de la RAS Juliaca. 3)Carta N° 68 y 69 GRAJUL-ESSALUD-2015, se informa de autoevaluación de establecimientos de la RAS Juliaca: se logró el compromiso y la participación activa de los integrantes de los grupos de trabajo. Los CAS que cuentan con sus resoluciones y Planes de la 1era. Autoevaluación son: H III Juliaca, H I Lampa Pol. Juliaca, Pol. Azángaro, CM Ayaviri, PM Huancané, PM Macusani, PM Sandia, PM San Rafael, CAP I Ayllo y CAP II Cabanillas
(15)94.Prevenir las Enfermedades Cardiovasculares en la RAS Juliaca	Wilson Ilasaca	06-may	31-dic	100	29.69	100	0.2969	9	3	1	5	33.33%	
(15)95.Implementar un Sistema de Vigilancia mediante Video Cámaras para el cumplimiento de las Metas	Miguel Angel Obando	06-may	31-dic	100	53.56	100	0.5356	6	3	0	3	50.00%	1)Carta N° 206-OPYC-GRAJUL-ESSALUD-2015, se presentó el Plan de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares. 2)Carta N°001-DIS-OPYC-GRAJUL-2016 remite informe estadístico de Prevalencia de factores de Riesgo Cardiovascular de la RAS Juliaca. 3)CARTA 08-OCPYAP-GRAJUL-ESSALUD-2015 remite el Desarrollo del Plan de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares RAS Juliaca - PRVR. 4)Carta 09-OCPYAP-GRAJUL-ESSLAUD-2015, remite evaluación de Avances del Plan de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares de la RAS Juliaca - 2015
(15)96.Fortalecer Procesos Operativos de Atención en la Prevención de las Cataratas en el Ambito de la RAS Juliaca	William Rodrigo	06-may	31-dic	100	100	100	1	8	8	0	0	100.00%	1) Carta N° 044-OSI-OA-GRAJUL-ESSALUD-2015, se presenta el Plan de Implementación de video cámaras de vigilancia para los CAS; cuyo objetivo es diseñar e implementar un control de administración remota de personal utilizando cámaras IP. 2)Carta N° 1100 GRAJUL-ESSALUD-2015, se requirió la adquisicion de equipos de comunicación video cámaras para la implementación de un sistema de vigilancia; solicitando para ello la Habilitación presupuestal para la actividad por S/. 126,000 soles: 37 Cámaras IP tubo sellado, 10 DOMO IP interior y 06 unidades NVR
(15)97.Mejorar la Calidad en la Atención del Paciente Psiquiátrico (CRIP), Implementación de Taller Psicoterapeúticos y del Comedor H I Lampa	Milton Gary Tapia	06-may	31-dic	100	86.56	100	0.8656	6	5	0	1	83.33%	1) Carta N 188-OCPYAP-GRAJUL-ESSALUD-2015, Plan de Implementación de la Prevención de Cataratas - RAJUL y programación del personal que realizara la campaña de cirugías de cataratas. 2)Objetivo: realizar el diagnostico de catarata en pacientes de la RAS Juliaca y efectuar cirugía de facoemulsificación, cirugía extracapsular en pacientes candidatos para ello. 3)Objetivos especificos: a.Detectar pacientes con baja visión debido a cataratas, b.Capacitar al personal del CAS en la toma de agudeza visual y en el diagnóstico de cataratas, c.Informar a los pacientes de los diferentes CAS sobre las cataratas y las alternativas quirúrgicas para esta patologia.
(15)98.Implementar Paneles Solares y Módulo para la Calefacción de Ambientes para el H III Juliaca: (Emergencia, Obstetricia, Pediatria y Neonatologia, Centro Quirurgico) y PM Macusani.	Milton Hallasi	06-may	31-dic	100	47.56	100	0.4756	6	3	0	3	50.00%	Para Mejorar la Calidad en la Atención del Paciente Psiquiátrico (CRIP), Implementación de Taller Psicoterapéuticos y del Comedor H I Lampa, se han realizado las siguientes acciones: 1) Mediante Resolución N° 205-GRAJUL-EsSalud-2015, se conformó el Equipo de Implementación del Taller Psicoterapéutico y del Comedor. 2) Se elaboró el Plan de Implementación (Acta 2 y 3 de reunión de coordinación).
(15)99.Mejorar el Sistema de Tratamiento de Aguas del H III Juliaca para evitar riesgo y problemas de Salud según Normas: D.S. N° 021-2009-VIVIENDA. D.S. No. 003-2011-VIVIENDA, D.S. No. 010-2012-VIVIENDA	Erwin Cruz	09-jun	31-dic	100	36.5	100	0.365	9	4	1	4	44.44%	1) Carta N° 020-DIHYS-OA-GRAJUL-ESSALUD-2016 Implementación de Capacitación para el Mantenimiento y Operación en las diversas Etapas de Tratamiento, H III Juliaca. 2)Carta N° 021-DIHYS-OA-GRAJUL-ESSALUD-2016 implementación de seguimiento y control de operaciones de la iniciativa de gestión mejorar el sistema de tratamiento de aguas residuales del H III Juliaca. 3)Carta N° 284 y 295-DIHYS-OA-GRAJUL-ESSALUD-2015, Términos de Referencia para la contratación de servicio de mantenimiento y habilitación de jardines áreas verdes y plantas ornamentales del HIII Juliaca.
Iniciativa de Gestión		02-ene	31-dic	100	65.80	100.00	0.8580	60	38	2	20	63.33%	





VºBº Ing. A. ROJAS - ESSALUD

VºBº Econ. A. Verástegui SubGerente - ESSALUD

VºBº V. REYNA Gerente - Gerencia de Planeamiento Corporativo-GCPD - ESSALUD

Patron de Comportamiento de los Indicadores del POI - FONAFE de la Red Asistencial JULIACA

1. Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva del I Nivel de Atención	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Ratio	0.72	0.73

Fuente SIAG (exportado al 31-01-2016)

2. Diferimiento de Citas Consulta Externa pacientes referidos del I al III Nivel	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	14	14

Fuente SIAG (exportado al 31-01-2016)

3. Promedio de Permanencia en Hospitalización General	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	3.72	3.72

Fuente SIAG (exportado al 31-01-2016)

4. [illegible] de Observación < = 24 Horas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Porcentaje (%)	95.00%	95.00%

Fuente SIAG (exportado al 31-01-2016)

5. Tiempo de Espera de Intervención Quirúrgica	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	15	15

Fuente SIAG (exportado al 31-01-2016)

6. Cobertura de Tamizaje de Cancer de Cuello Uterino	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	30.00%	30.69%

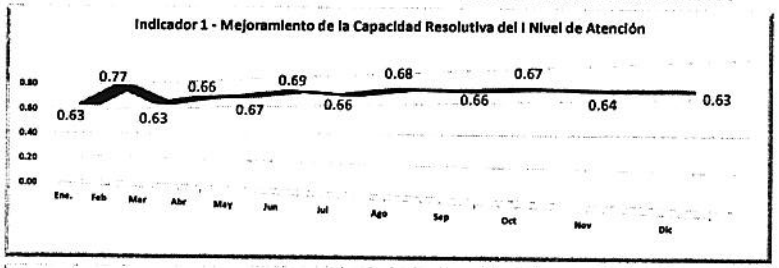
Fuente SIAG (exportado al 31-01-2016)

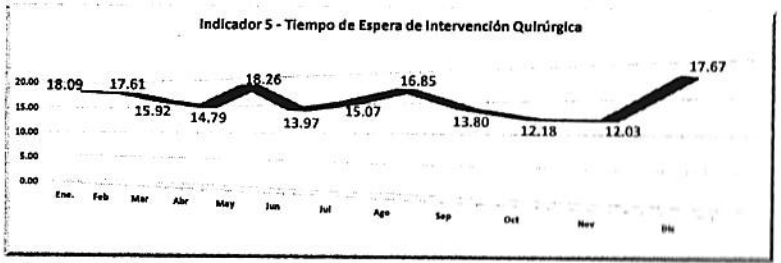
7. Cobertura de Tamizaje de Mamografias Preventivas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	21.80%	19.91%

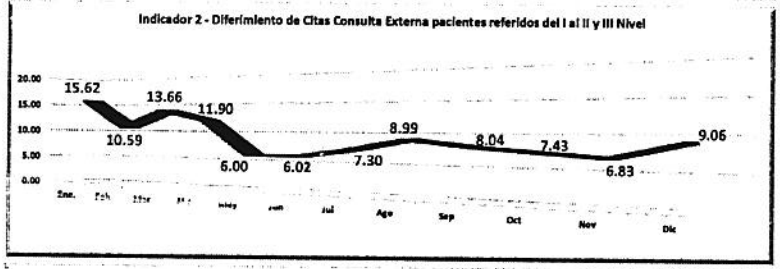
Fuente SIAG (exportado al 31-01-2016)

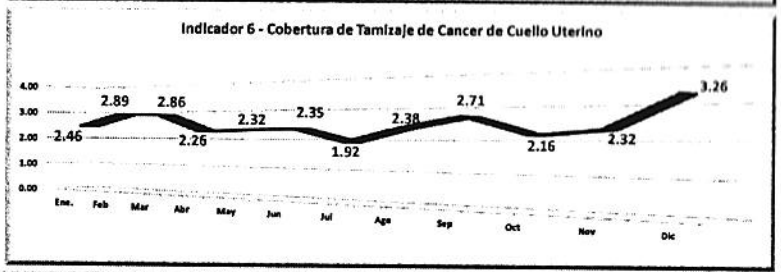
8. Cobertura de Vacunación Pentavalente (3era dosis)	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	85.00%	91.01%

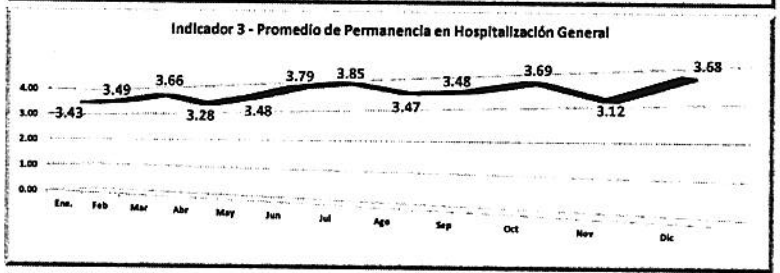
Fuente SIAG (exportado al 31-01-2016)

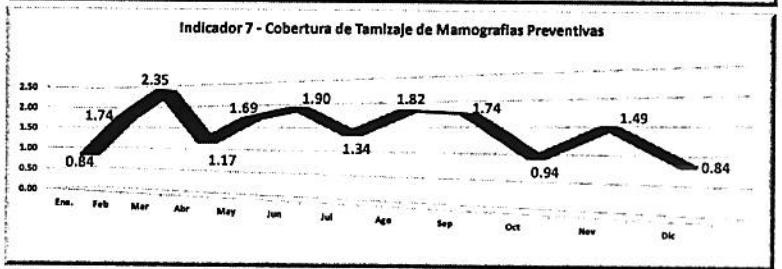


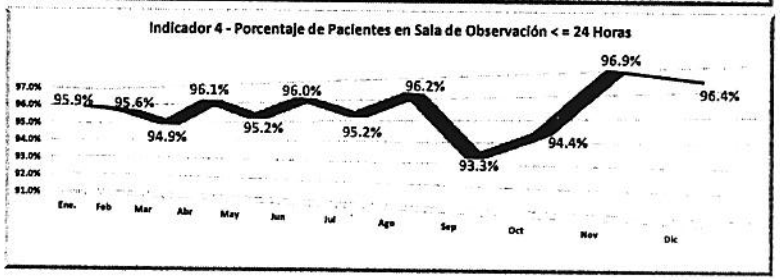


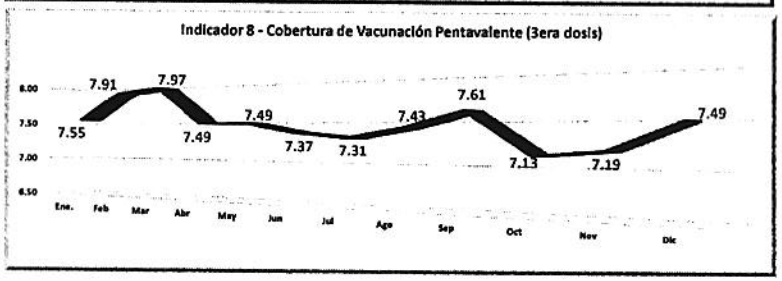






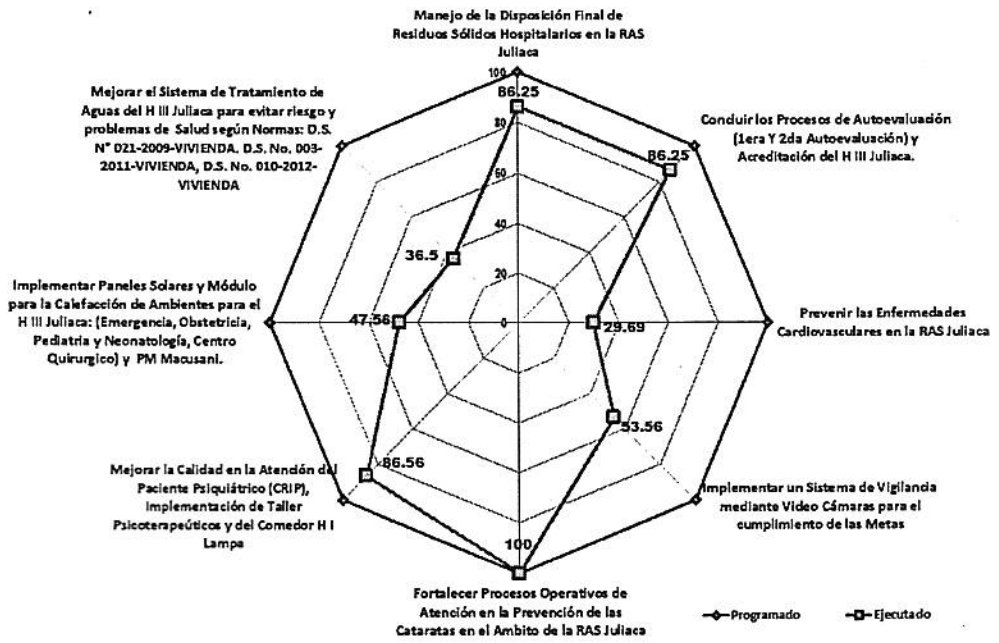






Red Asistencial JULIACA

Actividades Desarrolladas para el cumplimiento de la Iniciativas de Gestión



- ✓ Mediante Resolución N° 205-GRAJUL-ESSALUD-2015, se designó a los responsables y equipo de apoyo de las iniciativas de gestión de las RAS Juliaca
- ✓ Mediante Carta N° 1210-GCGF-EsSalud-2015, del 05-06-2015, manifiesta que la institución viene enfrentando restricciones presupuestales así como menores ingresos institucionales a los previstos en el año 2015, para ello se deberán limitar atender solicitudes adicionales al presupuesto asignado a las unidades ejecutoras.

Para: Manejo de la Disposición Final de Residuos Sólidos Hospitalarios en la RAS Juliaca

- ✓ Mediante Carta N° 321-DIHYS-OA-GRAJUL-ESSALUD-2015, se entregó el Diagnostico Situacional sobre residuos Sólidos Generados (peligrosos y no peligrosos)
- ✓ Mediante Carta 296-DIHYS-OA-GRAJUL-ESSALUD-2015, se informa sobre los términos de referencia para la contratación del servicio de mantenimiento
- ✓ Mediante Carta N° 305-DIHYS-OA-GRAJUL-ESSALUD.2015, se hizo el requerimiento de compra de tachos para la RAS Juliaca, así como por Carta N° 296-DIHYS-OA-GRAJUL-ESSALUD-2015, se elaboró los Términos de Referencia para el Contrato del servicio incinerador pirolitico
- ✓ Mediante Carta N° 296-DIHYS-OA-GRAJUL-ESSALUD-2015 TR PARA LA CONTRATACION DEL SERV. DE Mantenimiento Correctivo y Preventivo del Incinerador (Resane, cambio de Accesorios, y otros). Por Carta N 305-DIHYS-OA-GRAJUL-2015 se tiene la orden de compra 4502503105 (tachos de plástico)
- ✓ Mediante Carta N 017-DIHYS-OA-GRAJUL-ESSLAUD-2016 implementación de capacitación manejo de la disposición final de residuos sólidos HIIIJ
- ✓ Mediante Carta N°18-DIHYS seguimiento y control, por Carta N° 007 DIHYS-OA-GRAJUL-ESSALUD-2016, se informó sobre la implementación de la iniciativa de gestión y manejo de la disposición final de residuos solidos
- ✓ Mediante Carta N° 019-DIHYS-OA-GRAJUL-ESSALUD-2016, se tiene el informe final

Para: Concluir los Procesos de Autoevaluación (1era Y 2da Autoevaluación) y Acreditación del H III Juliaca.

- ✓ Mediante Resolución N° 192-GRAJUL-EsSalud-2015, del 17-06-2015, se reconformó el Comité de Autoevaluación del Proceso de Acreditación de la RAS Juliaca. Con Carta N 68 y 69-GRAJUL-ESSALUD-2015, informó de autoevaluación de EESS de la RAS Juliaca.
- ✓ Mediante Carta Circular N° 001-DPYC-OPYC-GRAJU-ESSALUD-2015, se hace conocimiento del curso taller de

Gestión de la calidad Acuerdos e Indicadores de Calidad, llevado a cabo el 10 y 11-09-2015, adjuntando copia del Libro de Actas 8,9,10,11,12,13,14,y 15.

- ✓ En Carta N 996-GRAJUL-ESSALUD-2015, se adjuntó Informe II Autoevaluación del Hospital Base III Juliaca
- ✓ Mediante Carta N°1210-GCGF-ESSALUD-2015, se hace de conocimiento la no disponibilidad presupuestal para iniciativas de gestión por restricciones presupuestales.
- ✓ Por Carta Circular N° 001-DPYC-OPYC-GRAJU-ESSALUD-2015, Curso taller Gestión de la Calidad Acuerdos e Indicadores de Calidad y Acreditación de Centros Asistenciales
- ✓ Mediante Carta N° 68 y 69-GRAJUL-ESSALUD-2015, se informe de autoevaluación de establecimientos de la RAS Juliaca: se logró el compromiso y la participación activa de los integrantes de los grupos de trabajo. Los CAS que cuentan con sus resoluciones y Planes de la 1era. Autoevaluación son: H III Juliaca, H I Lampa, Pol. Juliaca, Pol. Azángaro, CM Ayaviri, PM Huancané, PM Macusani, PM Sandia, PM San Rafael, CAP I Asillo y CAP II Cabanillas.

Para: Prevenir las Enfermedades Cardiovasculares en la RAS Juliaca

- ✓ Mediante Carta N° 208-OPYC-GRAJUL-ESSALUD-2015, se presentó el Plan de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares
- ✓ Mediante Carta N°001-DIS-OPYC-GRAJUL-2016 remite informe estadistico de Prevalencia de factores de Riesgo Cardiovascular de la RAS Juliaca
- ✓ CARTA 08-OCPYAP-GRAJUL-ESSALUD-2015 remite el Desarrollo del Plan de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares RAS Juliaca - PRVR
- ✓ Carta 09-OCPYAP-GRAJUL-ESSLAUD-2015, remite evaluación de Avances del Plan de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares de la RAS Juliaca - 2015
- ✓ Mediante Carta 010-OCPYAP-GRAJUL-ESSALUD-2015, remite los alcances del monitoreo del plan de prevención de enfermedades cardiovasculares RAJUL 2015
- ✓ Mediante Carta 011-OCPYAP-GRAJUL-ESSALUD-2015, se presenta los resultados del Plan de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares de la RAS Juliaca-2015

Para: Implementar un Sistema de Vigilancia mediante Video Cámaras para el cumplimiento de las Metas

- ✓ Mediante Carta N° 044-OSI-OA-GRAJUL-ESSALUD-2015, se presenta el Plan de Implementación de video cámaras de vigilancia para los CAS. El objetivo es diseñar e implementar un control de administración remota de personal utilizando cámaras IP. Para ello se deberá realizar las siguientes acciones:
  - Implementar un circuito cerrado de televisión utilizando las Cámaras IP, a fin de mejorar los servicios de atención y buen trato a los asegurados.
  - Implementar un software de monitoreo el cual permita revisar las imágenes de cualquieras de las cámaras IP instaladas en los sitios estratégicos de los CAS.
  - Implementar un NVR el cual permita la grabación en video de todas las cámaras instaladas, para prever un eventual reclamo
- ✓ Mediante Carta N° 1100 GRAJUL-ESSALUD-2015, se requirió la adquisicion de equipos de comunicación video cámaras para la implementación de un sistema de vigilancia; solicitando para ello la Habilitación presupuestal para la actividad por S/. 126,000 soles: 37 Cámaras IP tubo sellado, 10 DOMO IP Interior y 06 unidades NVR. La distribución de los equipos:

CAS	Cámaras IP Tipo Tubo sellado - Soporte Fijo	Domo IP Interior - Giratorio	Netwark Video Recording - NVR
H III Juliaca	12	5	1
H I Lampa	5	1	1
Pol. Juliaca	5	1	1
Pol. Azángaro	5	1	1
CM Ayaviri	5	1	1
PM Huancané	5	1	1
Total	**37**	**10**	**6**

Para: Fortalecer Procesos Operativos de Atención en la Prevención de las Cataratas en el Ámbito de la RAS

- ✓ Mediante Carta N 188-OCPYAP-GRAJUL-ESSALUD-2015, Plan de Implementación de la Prevención de Cataratas - RAJUL y programación del personal que realizara la campaña de cirugías de cataratas. El objetivo es realizar el diagnostico de catarata en pacientes de la RAS Juliaca y efectuar cirugía de facoemulsificación, cirugía extracapsular o minuc en pacientes candidatos para ello. Entre los objetivos especificos podemos enumerar:
  - Detectar pacientes con baja visión debido a cataratas,

- Capacitar al personal del CAS en la toma de agudeza visual y en el diagnóstico de cataratas.
- Informar a los pacientes de los diferentes CAS sobre las cataratas y las alternativas quirúrgicas para esta patología

✓ Mediante Carta N°162-OCPYAP-GRAJUL-ESSALUD-2015, solicita la instalación de consultorios itinerantes oftalmológicos para las campañas de atención integral multisectorial

Paciente atendidos en la Campaña realizado Set-2015 - Intercambio prestacional			
Detalle	Asegurados	No Asegurados	Total
Oftalmología	18	22	40
Ginecología	15	3	18
Medicina General	40	90	130
Total	**73**	**115**	**188**

✓ Mediante Carta N° 167-OCPYAP-GRAJUL- 2015, se tiene el Listado de Pacientes para Cirugía de Catarata y su programación en el Hospital Base y el informe de atención de oftalmología:

CAS (09/12/2015)	N° Atenciones
Pol. Azángaro	79
CM Ayaviri	35
PM Huancané	58
PM Macusani	45
H I Lampa	38
Total	255
Diagnósticos	
Glaucoma	15
Catarata	190
Operado por catarata en campaña	4

Para: Mejorar la Calidad en la Atención del Paciente Psiquiátrico (CRIP), Implementación de Taller Psicoterapéuticos y del Comedor H I Lampa

✓ Mediante Carta N°135-DHIL-GRAJUL-ESSALUD-2015, se presentó el Plan de Acción del proyecto de iniciativa Mejorar la Calidad en la Atención del Paciente Psiquiátrico del Hospital I Lampa

Para: Implementar Paneles Solares y Módulo para la Calefacción de Ambientes para el H III Juliaca: (Emergencia, Obstetricia, Pediatría y Neonatología, Centro Quirúrgico) y PM Macusani.

✓ Mediante Carta N° 386-GRAJUL-ESSALUD-2015, remite listado de paneles solares a implementar en los CAS de la RAS JULIACA.

✓ Mediante Carta N° 211-OPYC-2015, solicito código SAP y Carta N 1367-GRAJUL-ESSALUD-2015, solicito código SAP

✓ Mediante Carta N° 025-DIHYS-OA-GRAJUL-ESSALUD-2016, remite alcances de la supervisión monitoreo del plan de implementación de paneles solares y monitoreo para la calefacción de ambientes para el HIII Juliaca

✓ Mediante Carta 024-DIHYS-OA-GRAJUL-ESSALUD-2016, remite la evaluación del Plan del Proyecto implementación de paneles solares y modulo para la calefacción de ambientes para el H III JULIACA

Para: Mejorar el Sistema de Tratamiento de Aguas del H III Juliaca para evitar riesgo y problemas de Salud según Normas: D.S. N° 021-2009-VIVIENDA. D.S. No. 003-2011-VIVIENDA, D.S. No. 010-2012-VIVIENDA

✓ Mediante Carta N° 319-DIHYS-OA-GRAJUL-ESSALUD-2015, se informa sobre el Diagnostico Situacional del Sistema de Tratamiento de Aguas Residuales (Estudios, Laboratorio etc)

✓ Mediante Carta N° 320 DIHYS-OA-GRAJUL-ESSALUD-2015, se informa sobre el Plan de Trabajo / Intervención

✓ Con Carta N° 284 y 295-DIHYS-OA-GRAJUL-ESSALUD-2015 requerimientos de contratación de servicio de mantenimiento y habilitación de jardines áreas verdes y plantas ornamentales del HIII Juliaca.

Por Carta 006-DIHYS-OA-GRAJUL-ESSALUD-2016, se presenta la propuesta de reconstrucción de la Primera Etapa de la Planta, Zona de Tratamiento de Lodos y Mantenimiento del Resto de la Estructura, cambio de Equipos y Accesorios, del Tratamiento de Aguas residuales del H III Juliaca

✓ Mediante Carta N° 020-DIHYS-OA-GRAJUL-ESSALUD-2016 implementación de Capacitación para el Mantenimiento y Operación en las diversas Etapas de Tratamiento, H III Juliaca.

Red Asistencial JULIACA

- ✓ Carta N° 021-DIHYS-OA-GRAJUL-ESSALUD-2016 implementación de seguimiento y control de operaciones de la iniciativa de gestión mejorar el sistema de tratamiento de aguas residuales del H III Juliaca
- ✓ Carta N° 284 y 295-DIHYS-OA-GRAJUL-ESSALUD-2015, Términos de Referencia para la contratación de servicio de mantenimiento y habilitación de jardines áreas verdes y plantas ornamentales del HIII Juliaca.

Gestión de la RAS

En el mes de Enero

- ✓ Se conformó el Comité de Rondas de Seguridad del H III Juliaca
- ✓ Se conformó el Comité de Bioseguridad y Residuos Sólidos del H III Juliaca
- ✓ Se conformó el Comité de Farmacovigilancia del H III Juliaca
- ✓ Se conformó el Comité de Referencias y Contrarreferencias
- ✓ Se conformó el Comité de Ética del H III Juliaca
- ✓ Se conformó el Comité de Cultura de Donación de Órganos y / o Tejidos del H III Juliaca
- ✓ Se conformó el Comité de Farmacológico del H III Juliaca
- ✓ Se conformó el Comité de Salud Mental del H III Juliaca
- ✓ Se conformó el Comité de Hospitalización del H III Juliaca
- ✓ Se conformó el Comité de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente del H III Juliaca, PM San Gaban-Macusani, CAP I Asillo.
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Medica del H III Juliaca
- ✓ Se conformó el Comité de Rondas de Seguridad del CAP I Asillo

En el mes de Febrero

- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Odontológica del H II Juliaca
- ✓ Se conformó el Comité de Farmacovigilancia del Policlínico Azángaro
- ✓ Se conformó el Comité de Referencias y Contrareferencias del Policlínico Azángaro
- ✓ Se conformó el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo del Policlínico Azángaro
- ✓ Se conformó el Comité de Gestión del Policlínico Azángaro
- ✓ Se conformó el Comité de Reforma de Vida Renovada del Policlínico Azángaro
- ✓ Se constituyó la Comisión Medica Calificadora de Incapacidades (COMECI) de la Ley N° 26790 de la RAS Juliaca 2015-2016

En el mes de Marzo

- ✓ Se conformó el Comité de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente del Policlínico Juliaca de la RAS Juliaca
- ✓ Se conformó el Comité de Brigadas de Emergencia del H III Juliaca y de la Gerencia de la RAS Juliaca
- ✓ Se conformó el Comité de Gestión de la Calidad del Policlínico Azángaro de la RAS Juliaca

En el mes de Mayo

- ✓ Se conformó el Comité de Farmacovigilancia del Policlínico Juliaca de a RAS Juliaca
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Medica del Policlínico Juliaca de a RAS Juliaca
- ✓ Se conformó el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo de la RAS Juliaca - 2015
- ✓ Se aprobó el Proyecto de Creación e Implementación de la Oficina de Gestión de la Incapacidad Temporal - OGIT de la RAS Juliaca - 2015

En el mes de Julio

- ✓ Se conformó el Comité de Calidad del H III Juliaca - 2015
- ✓ Se conformó el Comité y Sub Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo de la RAS Juliaca - 2015
- ✓ Se reconformó la Comisión Medica Calificadora de Incapacidades (COMECI) de la Ley N° 26790 del H III Juliaca - 2015

En el mes de Setiembre

- ✓ Se reconformó el Comité de Vigilancia de Salud Renal del Policlínico Azángaro
- ✓ Se reconformó el Comité de Autoevaluación para el Proceso de Acreditación de los Macro procesos del Policlínico Azángaro
- ✓ Se reconformó la diferentes Brigadas de Emergencias del Policlínico Azángaro
- ✓ Se reconformó el Comité de Reforma de Vida Renovada del Policlínico Azángaro
- ✓ Se reconformó el Comité Medico de Auditoria de Incapacidades - COMAI del H III Juliaca
- ✓ Se conformó el Comité Ética en Investigación del H III Juliaca
- ✓ Se reconformó el Comité de Investigación del H III de la RAS Juliaca
- ✓ Se conformó el Equipo para la Cruzada por la Humanización de la Atención Campaña Cero Dolor en el Paciente

Red Asistencial JULIACA

del H III Juliaca

En el mes de Octubre

- ✓ Se conformó el Comité de Gestión H I Lampa de la RAS Juliaca
- ✓ Se aprobó el Manual de Procedimientos Operativos para el Servicio de farmacia
- ✓ Se aprobó el Plan de Respuestas Frente a Desastres del H III Juliaca - RAS Juliaca
- ✓ Se reconformó el Comité de Salud Mental del H III Juliaca - RAS Juliaca
- ✓ Se conformó el Comité de Vigilancia Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias del H I Lampa de la RAS Juliaca
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Medica del H I Lampa de la RAS Juliaca
- ✓ Se reconformó el Comité de Cultura de Donación de Órganos y/o Tejidos del H III Juliaca

En el mes de Noviembre

- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria en Enfermería de la RAS Juliaca
- ✓ Se designó a los profesionales de la salud, como Médicos de Control para expedir Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo – CITT del H III Juliaca
- ✓ Se aprobó el Proyecto de Mejora Continua de la Calidad, para la Implementación del Lavado de Manos en el H III de la RAS Juliaca
- ✓ Se aprobó el Plan de Seguridad del Paciente del H I Lampa de la RAS Juliaca
- ✓ Se reasignó al Secretario Técnico del Régimen Disciplinario y Procedimiento Administrativo Sancionador de la Ley del Servicio Civil (Ley 30057, y su Reglamento General aprobado x D.S. 040-2014-PCM) dentro del ámbito territorial de la RAS Juliaca

En el mes de Diciembre

- ✓ Se conformó el Comité de Lactancia Materna del H III de la RAS Juliaca periodo 2015-2016
- ✓ Se designó a los Coordinadores de Apoyo para la Atención de Solicitudes de Acceso a la Información de la RAS Juliaca 2015 - 2016
- ✓ Se designó al profesional responsable del Inventario Físico de Existencias del Depósito del H III Juliaca, de la RAS Juliaca.
- ✓ Se conformó el Comité de Evaluación de Adherencia al Uso de las Guías de Práctica Clínica del H III Juliaca, de la RAS Juliaca.
- ✓ Se conformó el Comité de Reforma de Vida Renovado, de la RAS Juliaca.
- ✓ Se aprobó el Plan de Trabajo de Implementación del Sub-sistema de Control Interno para la RAS Juliaca
- ✓ Se conformó la Comisión de Inventario Físico de Existencia en Farmacias y Depósitos de los CAS de la RAS Juliaca (ejercicio contable 2015)

Principales Gastos Logísticos (PAC – 2015)

Descripción (*)	Tipo de proceso	Valor estimado S/.
Adquisición alimento para personas abarrotes para el servicio de nutrición del H III Juliaca.	ADS	107,997.30
Adquisición de formatearia hospitalaria para la RAS Juliaca	ADS	88,500.00
Adquisición de insumos de laboratorio gases y electrolitos con equipo en cesión en uso para la RAS Juliaca	ADS	144,000.00
Adquisición de medicamentos para DIPAC x 5 litros para la RAS Juliaca	ADP	283,032.00
adquisición de reactivos e insumos para Laboratorio área inmunología con equipo en cesión de uso para la RAS	ADP	395,259.00
Adquisición de reactivos e insumos para laboratorio bioquímica con equipo en cesión de uso para la RAS	ADP	369,699.00
Adquisición de reactivos e insumos para laboratorio hematología con equipo en cesión de uso para la RAS	ADS	100,800.00
Adquisición de reactivos e insumos para laboratorio microbiología con equipo en cesión de uso para la RAS	ADS	141,300.00
Medicamentos fuera de cartilla compra local para la RAS Juliaca	ADS	157,690.20
Pasajes Terrestres para pacientes referidos del H III Juliaca de la RAS Juliaca	ADS	199,944.00
Servicio confección material para el Plan de Promoción de la Salud de la RAS Juliaca	AMC	39,900.00
Servicio de alquiler de inmueble CAMEC de la RAS Juliaca	AMC	31,200.00
Servicio Lavandería para la RAS Juliaca	ADP	269,304.00
Servicio Mantenimiento de equipos biomédicos	ADP	338,045.39
Servicio mantenimiento de equipos electromecánicos de la RAS Juliaca (01 mes)	AMC	32,400.00
Servicio Mantenimiento de Infraestructura del H III Juliaca y EESS periféricos	CP	509,600.00
Total		3'208,670.89

(*) Periodos de 12 meses

Principales Cursos Talleres llevados a cabo

Gerencia de Planeamiento Corporativo GCPD V°B° V. REYNA Gerente ESSALUD

Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo V°B° Ing. A. ROJAS ESSALUD

Gerencia Control y Evaluación de la Gestión GCPD V°B° Econ. A. Velasteguí SubGerente ESSALUD

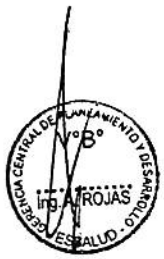
Red Asistencial JULIACA

Se capacitó al personal administrativo y asistencial con la finalidad de fortalecer los conocimientos, habilidades y destrezas, para el desarrollo de sus funciones:

1. Taller en Soporte Nutricional y Fórmulas Lácteas, dirigido a 30 participantes. (S/. 3,080)
2. Manejo de Alto Riesgo Obstétrico, dirigido a 35 participantes. (S/. 4,617.5)
3. Gestión De La Calidad, dirigido a 40 participantes. (S/. 3,437)
4. Taller en Promoción De La Salud, dirigido a 30 participantes. (S/. 3,240)
5. Programa Materno Perinatal, dirigido a 30 participantes. (S/. 3,290)
6. Aplicación Del Programa Niño Y Del Adolescente, dirigido a 25 participantes. (S/. 3,117.5)
7. Aplicación Del Programa Adulto y Adulto Mayor, dirigido a 35 participantes. (S/. 3,397.5)
8. Taller en Infectología y Antibioticoterapia, dirigido a 30 participantes. (S/. 3,290)
9. Taller De Emergencias, dirigido a 30 participantes. (S/. 5,485)
10. Emergencia Endocrina y Metabólica, dirigida a 30 participantes. (S/. 5,485)
11. Taller en Ventiloterapia, dirigido a 30 participantes. (S/. 5,485)
12. Cáncer de Cuello Uterino Y Mama, dirigido a 40 participantes. (S/. 2,010)
13. Sistema de Gestión De La Seguridad Y Salud En El Trabajo, dirigido a 65 participantes. (S/. 4870)
14. Implementación de la Directiva de Gestión de la Historia Clínica en los Centros Asistenciales de EsSalud, dirigido a 40 participantes. (S/. 0)







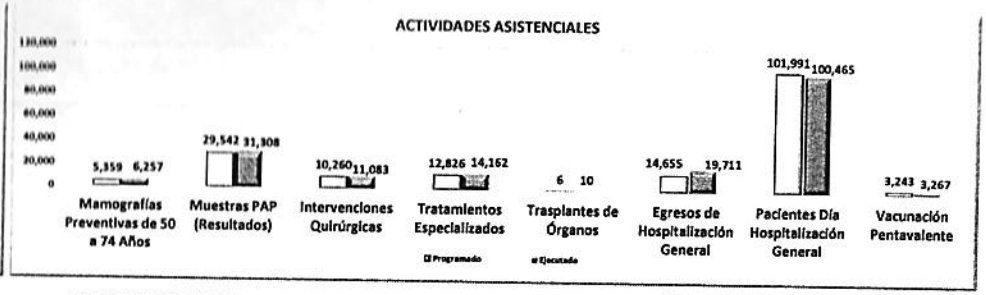
Evaluación del Plan Operativo Institucional 2015 - Desagregado

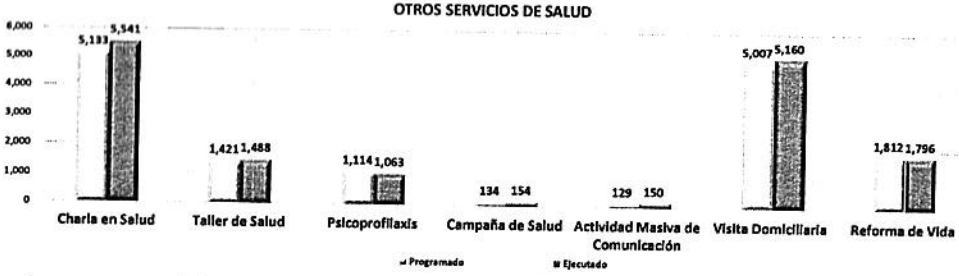
Red Asistencial JUNIN

ACTIVIDADES OPERATIVAS - ASISTENCIALES

	PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD	UNIDAD DE MEDIDA	Al IV Trimestre Programado	Ejecutado	Cumplimiento %
1	Consultas en el Primer Nivel	Consultas	286,576	296,839	104%
2	Consultas en el II y III Nivel	Consultas	282,372	291,740	103%
3	Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años	Mamografías preventivas con resultado	5,359	6,257	117%
4	Muestras PAP (Resultados)	Muestras PAP con resultado	29,542	31,308	106%
5	Intervenciones Quirúrgicas	Intervenciones Quirúrgicas	10,260	11,083	108%
6	Tratamientos Especializados	Tratamientos Especializados	12,826	14,162	110%
7	Trasplantes de Órganos	Trasplantes	6	10	167%
8	Egresos de Hospitalización General	Egresos	14,655	19,711	135%
9	Pacientes Día Hospitalización General	Paciente día	101,991	100,465	99%
10	Vacunación Pentavalente	Vacunas (3ª dosis)	3,243	3,267	101%
11	Otros servicios de Salud				
11.1	Charla en Salud	Charlas	5,133	5,541	108%
11.2	Taller de Salud	Sesiones	1,421	1,488	105%
11.3	Psicoprofilaxis	Sesiones	1,114	1,063	95%
11.4	Campaña de Salud	Campañas	134	154	115%
11.5	Actividad Masiva de Comunicación	Eventos	129	150	116%
11.6	Visita Domiciliaria	Visitas	5,007	5,160	103%
11.7	Reforma de Vida	Sesiones	1,812	1,796	99%







Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel >= 100% son: Consultas en el PN (104%), Consultas en el II y III Nivel (103%), Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años (117%), Muestras PAP (106%), Interv Qx. (108%), Tratamientos Especializados (110%), x. Órganos (167%), Egresos de Hospitalización Gral. (135%) y Vacunación Pentavalente (101%).

De las 07 Actividades denominadas Otros Servicios de Salud, cinco (05) muestran un avance >=100%

INICIATIVA DE GESTIÓN

Actividades

Iniciativa de Gestión	Responsable	Fec. Ini. ReProg	Fec. Fin ReProg	AVANCE POI - 2015 Valor %	Valor ganado	REGULAR Valor planeado	Indice Plan Actual	Hitos ejecutados N° HITOS	SI (100%)	NO (0 %)	AVANCE	Cumplimiento %
(15)101.Implementar nuevas herramientas de medicion Hospitalizacion y mortalidad evitable HNRPP	cesar altamirano	01-may	31-dic	100	100	100	1	2	2	0	0	100.00%
(15)102.Incorporar al H II Alberto Hurtado Abadia como cabecera de Micro Red La Oroya al Centro Naci	Luis Elias	02-ene	30-jun	100	100	100	1	4	4	0	0	100.00%
(15)103.Controlar complicacion evitable en paciente con HTA Y DM: H I Selva Central y Enf Tropicales	Luis De La Flor	01-ene	30-dic	100	63	100	0.63	4	2	1	1	50.00%
(15)104.Aprobar el Proyecto mejora de centro Quirurgico-Obstetrico y Hospitalizacion HI Rio Negro	Paul Miguel	05-ene	15-dic	100	60	100	0.6	3	1	0	2	33.33%
(15)105.Aprobar el Proyecto de Adecuacion de Infraestructura y Equipamiento de la Unidad de Esterili	Paul Miguel	05-ene	30-jul	100	44	100	0.44	4	1	1	2	25.00%
(15)106.Implementar y operativizar el Centro de Operaciones de Emergencia (COE) del HII Alberto Hurtado Abadia	Luis Elias	01-ene	30-jun	100	100	100	1	7	7	0	0	100.00%
(15)107.Realizar la Autoevaluacion para la acreditacion de los EESS	Amanda Espinoza	01-abr	30-oct	100	57.25	100	0.5725	8	3	0	5	37.50%
(15)108.Prevenir la anemia en menores de un año Red Asistencial Junin	Maria Luz Manrique	02-ene	31-dic	100	26.8	100	0.268	7	2	1	4	28.57%
Iniciativa de Gestión		**01-ene**	**31-dic**	**100**	**68.88**	**100.00**	**0.6888**	**39**	**22**	**3**	**14**	**56.41%**

1) Evaluación de daños trazadores aplicando indicadores de Hospitalizaciones evitables y mortalidad evitable, al mes de agosto se obtuvo: egresos evitables 8.23 y estancias evitables 11.26; así como, la mortalidad evitable a junio registra 80.19%. 2) Informe final del Mortalidad y Hospitalizaciones Evitables en la RAS Junin, data desde el 2001 al 2015, se ha establecido que la mortalidad potencialmente evitable es de 57.42% (H= 60% y M=40 % aprox.) y la hospitalización evitable es de 3 días de exceso

1) Se implementó el servicio de telemedicina en el H II AHA. 2) El H II AHA, esta operando normalmente, se dio la aprobación tácita, más aun se capacito a los médicos y tecnólogos médicos del CAS. 3) Carta 001-JDCP-HAHA-RAJ-ESSALUD-2016, informa que se concluyó la Iniciativa y el servicio telemedicina, viene operando y a noviembre se han procesado más de 4410 exámenes.

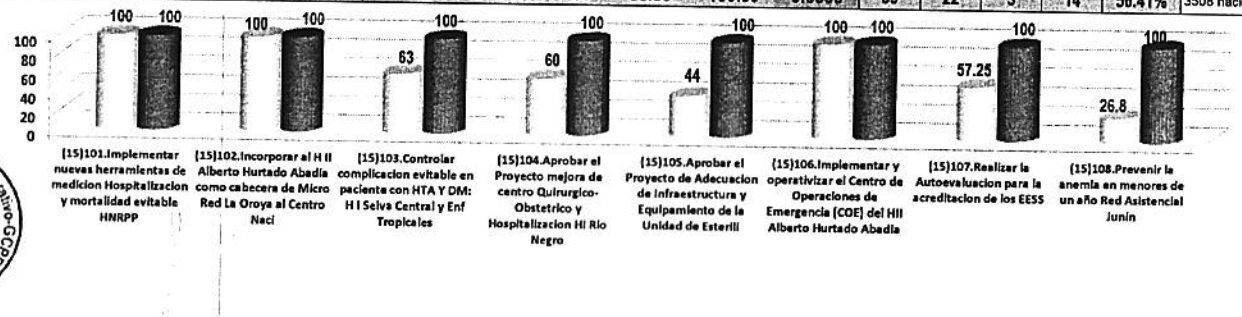
1) Implementar el Proyecto de mejora: "Signos de Alarma en pacientes con HTA Y DM", se revisó para su implementación. 2) Resolución N° 272-GRAJ-ESSALUD-2015, conformó Equipo de Mejora Continua de la calidad del H I Selva Central y Enfermedades Tropicales. 3) Se coordinando con Ing. Frankly Farias B. para la corrección según la guía de proyectos de mejora, recibiendo repuesta con las correcciones del proyecto.

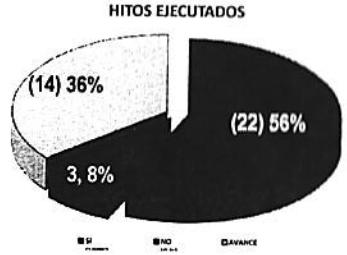
1) Se coordinó con la Gerencia de la Red y el nivel central para la inclusión del Proyecto de Pre Inversión Mejoramiento de Centro Quirúrgico-Obstétrico y Hospitalización, así como del Proyecto de Adecuación de Infraestructura y Equipamiento de la Unidad de Esterilización del H I Rio Negro; ambos, sean incluido en I Plan Director de la Red. 2)Carta N° 854-DHRIN-ESSALDUD-2015, memoria descriptiva y la ficha de identificación de necesidades de inversiones. 3)Resolución N° 228-G-RAJU-ESSALUD-2015, del 25-05-2015, conformó la Unidad de Técnico Funcional Formuladora de Proyectos de Inversión de la RAS Junin.

La RAS Junin cuenta con la Unidad Formuladora de Proyectos (UFP), para ello se ha contratado profesionales: 01 Medico, 01 Ingeniero, 01 Arquitecto y 01 Economista (bajo la modalidad de CAS), quienes elaboraran el Proyecto de Adecuación de Infraestructura y Equipamiento de la Unidad de Esterilización y el Proyecto Mejora de Centro Quirúrgico - Obstétrico y Hospitalización, del H I Rio Negro y tramitar su aprobación.

1)Res. N° 173-G-RAJU-ESSALUD-2015, se conformó el Comité del Centro de Operaciones de Emergencia (CEO) del H II AHA - La Oroya. 2)Res. N° 462-G-RAJU-ESSALUD-2015, se aprobó el Plan Operativo de Emergencia y Desastres-2015, del H II AHA - La Oroya. 3)Res. N° 91 y 92-G-RAJU-ESSALUD-2015, Brigadas de Emergencia de la PM Pachacayo y el CM Concepción. 4)Carta 273JDCP-HAHA-RAJ-ESSALUD-2015, se convocó al personal a integrar la conformación de los Brigadistas. 5)Carta N° 001-JDCP-HAHA-RAJ-ESSALUD-2016 informa la capacitación de las brigadas y personal.

1) Carta 031-OCPyAP-GRAJ-ESSALUD-2016, se informó que se han realizado: • 1532 controles médicos a diciembre 2015, • 435 tamizajes (Niños controlados por nutrición 2do.), • 682 niños tamizados (hemoglobina).• 520 con el paquete de análisis de laboratorio• Se ejecutó y supervisó el clampaje oportuno durante el parto a 3508 nacidos vivos = a 100% de los nacidos vivos en los CAS de la RAS.





V°B° Ing. A. ROJAS

V°B° Econ. A. Veraslegui SubGerente

V°B° V. REYNA Gerente

Patron de Comportamiento de los Indicadores del POI - FONAFE de la Red Asistencial JUNIN

1. Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva del I Nivel de Atención	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Ratio	0.92	1.02

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

2. Diferimiento de Citas Consulta Externa pacientes referidos del I al III Nivel	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Días	15	15

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

3. Promedio de Permanencia en Hospitalización General	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Días	5.39	5.39

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

4. Porcentaje de Pacientes en Sala de Observación < = 24 Horas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Porcentaje (%)	74.98%	74.98%

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

5. Tiempo de Espera de Intervención Quirúrgica	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Días	45	45

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

6. Cobertura de Tamizaje de Cancer de Cuello Uterino	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Cobertura (%)	35.00%	28.42%

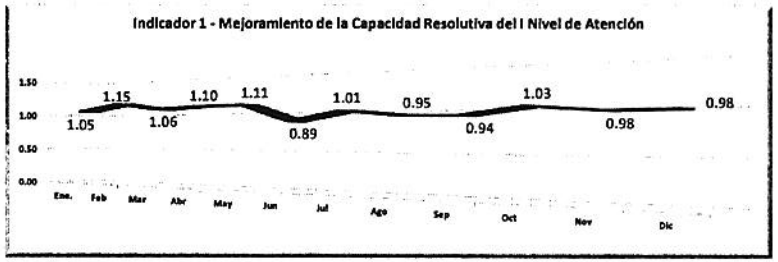
Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

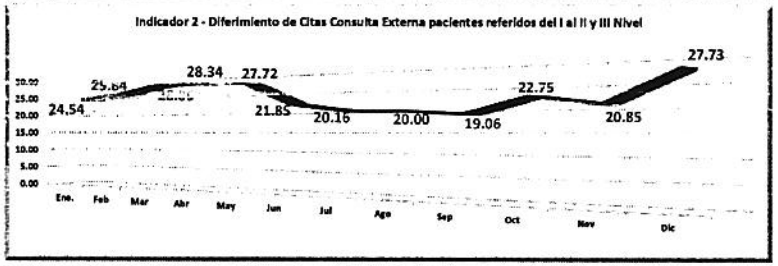
7. Cobertura de Tamizaje de Mamografías Preventivas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Cobertura (%)	21.80%	15.04%

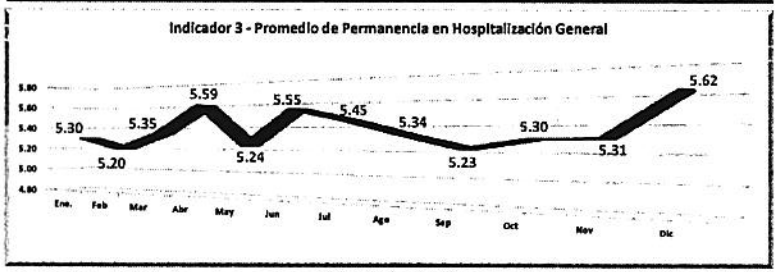
Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

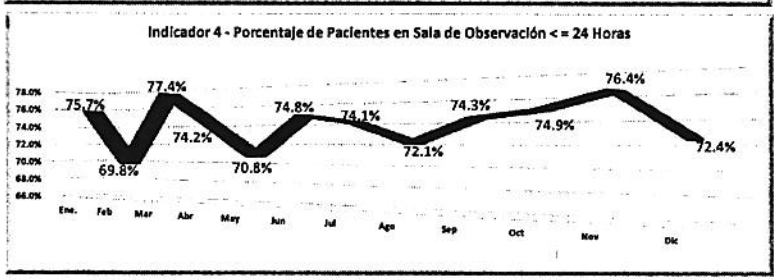
8. Cobertura de Vacunación Pentavalente (3era dosis)	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Cobertura (%)	85.00%	63.75%

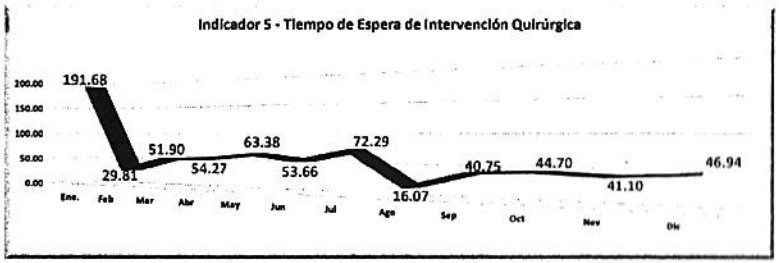
Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

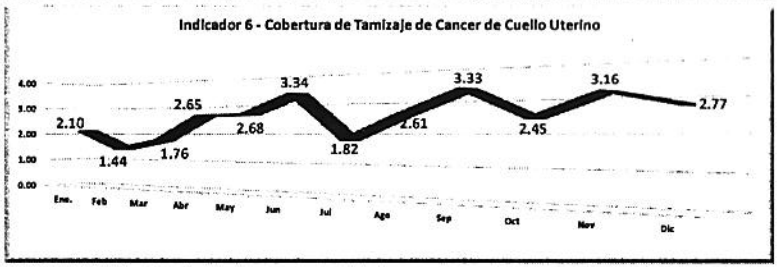


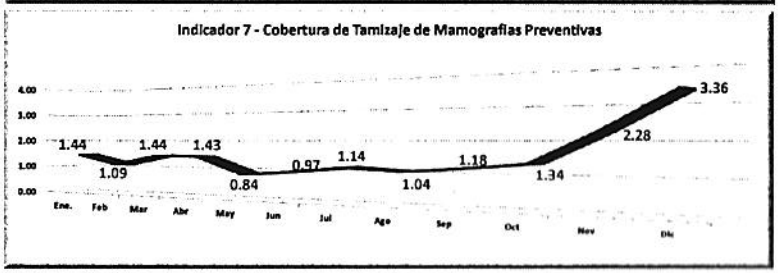


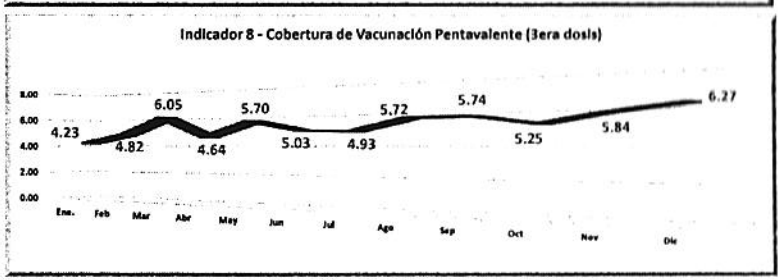






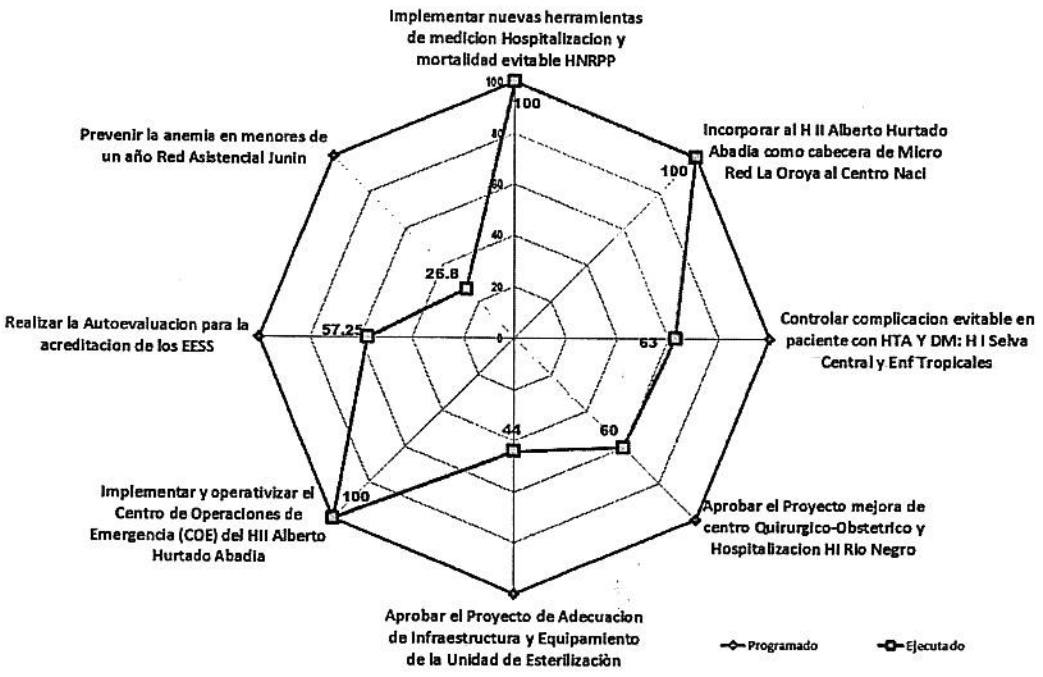






Red Asistencial JUNÍN

Actividades Desarrolladas para el cumplimiento de la Iniciativas de Gestión



Para: Implementar nuevas herramientas de medición Hospitalización y mortalidad evitable HNRPP

- ✓ De la evaluación de daños trazadores aplicando indicadores de Hospitalizaciones evitables y mortalidad evitable, al mes de agosto se tuvo: egresos evitables 8.23 y estancias evitables 11.26; así como, la mortalidad evitable a junio registra 50.19%.
- ✓ En el Informe final del Mortalidad y Hospitalizaciones Evitables en la RAS Junín, data desde el 2001 al 2015, se ha establecido que la mortalidad potencialmente evitable es de 57.42% (H= 60% y M=40 % aprox.) y la hospitalización evitable es de 3 días de exceso

Para: Incorporar al H II Alberto Hurtado Abadía como cabecera de Micro Red La Oroya al Centro Nacional de Telemedicina en el Servicio de Teleconsultas

- ✓ Se gestionó la implementación a nivel central del servicio de telemedicina.
- ✓ El H II AHA, informó al CENATE las actividades realizadas referidas al servicio de telemedicina indicando la producción.
- ✓ El Servicio estaba operando normalmente, se dio la aprobación tácita, más aun se capacito a los médicos y tecnólogos médicos del CAS.
- ✓ Mediante Carta 001-JDCP-HAHA-RAJ-ESSALUD-2016, informa que se concluyó la Iniciativa y el servicio telemedicina, viene operando y a noviembre se han procesado más de 4410 exámenes.

Para: Controlar complicación evitable en paciente con HTA Y DM: H I Selva Central y Enfermedades Tropicales

- ✓ La implementación de Proyecto de mejora: "Signos de Alarma en pacientes con HTA Y DM", se revisó para su implementación
- ✓ Mediante Resolución N° 272-GRAJ-ESSALUD-2015, se conformó el Equipo de Mejora Continua de la calidad del H I Selva Central y Enfermedades Tropicales
- ✓ Para la ejecución de Proyecto de Mejora: "Signos de Alarma en pacientes con HTA Y DM", se coordinando con Ing. Franklly Farias B. para la corrección según la guía de proyectos de mejora, recibiendo repuesta con las correcciones del proyecto.

Red Asistencial JUNÍN

- ✓ El limitado RRHH: Medico, Enfermeras y Tecnólogos médicos, se logró el 65% de Pacientes crónicos con HTA y DM controlados: de 404 programado se llegó a 263.

Para: Aprobar el Proyecto mejora de centro Quirurgico-Obstetrico y hospitalización HI Rio Negro

- ✓ Se coordinó con la Gerencia de la Red y el nivel central para la inclusión del Proyecto de Pre Inversión Mejoramiento de Centro Quirúrgico-Obstétrico y Hospitalización del H I Rio Negro, en el plan director de la Red.
- ✓ Mediante Carta N° 854-DHRIN-ESSALDUD-2015, presenta a la RAS Junín la memoria descriptiva y la ficha de identificación de necesidades de inversiones.
- ✓ Mediante Resolución N° 228-G-RAJU-ESSALUD-2015, del 25-05-2015, se conformó la Unidad de Técnico Funcional Formuladora de Proyectos de Inversión de la RAS Junín.
- ✓ La RAS Junín cuenta con la Unidad Formuladora de Proyectos (UFP), para ello se ha contratado profesionales: 01 Medico, 01 Ingeniero, 01 Arquitecto y 01 Economista (bajo la modalidad de CAS), quienes elaboraran el Proyecto Mejora de Centro Quirúrgico - Obstétrico y Hospitalización del HI Rio Negro y tramitar su aprobación.

Para: Aprobar el Proyecto de Adecuación de Infraestructura y Equipamiento de la Unidad de Esterilización del H I Rio Negro

- ✓ Se coordinó con la Gerencia de la Red y el nivel central para la inclusión del Proyecto de Adecuación de Infraestructura y Equipamiento de la Unidad de Esterilización del H I Rio Negro, sea incluido en plan director de la Red.
- ✓ Mediante Carta N° 854-DHRIN-ESSALDUD-2015, presenta a la RAS Junín la memoria descriptiva y la ficha de identificación de necesidades de inversiones.
- ✓ Mediante Resolución N° 228-G-RAJU-ESSALUD-2015, del 25-05-2015, se conformó la Unidad de Técnico Funcional Formuladora de Proyectos de Inversión de la RAS Junín.
- ✓ La RAS Junín cuenta con la Unidad Formuladora de Proyectos (UFP), para ello se ha contratado profesionales: 01 Medico, 01 Ingeniero, 01 Arquitecto y 01 Economista (bajo la modalidad de CAS), quienes elaboraran el Proyecto de Adecuación de Infraestructura y Equipamiento de la Unidad de Esterilización del H I Rio Negro y tramitar su aprobación.

Para: Implementar y operativizar el Centro de Operaciones de Emergencia (COE) del HII Alberto Hurtado Abadia

- ✓ Mediante Resolución N° 173-G-RAJU-ESSALUD-2015, se conformó el Comité del Centro de Operaciones de Emergencia (CEO) del H II Alberto Hurtado Abadía - La Oroya.
- ✓ Mediante Resolución N° 462-G-RAJU-ESSALUD-2015, se aprobó el Plan Operativo de Emergencia y Desastres-2015, del H II Alberto Hurtado Abadía - La Oroya.
- ✓ Mediante Resolución N° 91 y 92-G-RAJU-ESSALUD-2015, Se conformó las Brigadas de Emergencia de la PM Pachacayo y el CM Concepción.
- ✓ Mediante Carta 273JDCP-HAHA-RAJ-ESSALUD-2015, se convocó al personal a integrar la conformación de los Brigadistas.
- ✓ Mediante Carta N° 001-JDCP-HAHA-RAJ-ESSALUD-2016 informa la capacitación de las brigadas y personal.

Para: Realizar la Autoevaluación para la acreditación de los EESS

- ✓ Mediante Res. 220-GRAJ-ESSALUD-2015, se reconformó el Comité y Equipo de Autoevaluación Interna del H I Selva Central y Enfermedades Tropicales (2da. Autoevaluación). Se cuenta con el Plan de autoevaluación modificado y aprobado. El resultado obtenido, fue del 36%, por debajo del mínimo.
- ✓ El HN Ramiro Priale Priale, se encuentra en proceso de su primera autoevaluación (evaluación del segundo macro proceso)
- ✓ El Policlínico Metropolitano Huancayo, cuenta con el equipo de autoevaluación y su plan de autoevaluación aprobado. (2da. Autoevaluación).
- ✓ El H I Tarma, cuenta equipo y ha solicitado la aprobación del plan autoevaluación (2da. Autoevaluación).
- ✓ El H II Alberto Hurtado Abadía, mediante Carta N 1033-D-HAHA-RAJ-ESSALUD-2015, informa que ha realizado el proceso de autoevaluación, cuyo resultado es 87% (2da.Autoevaluación).
- ✓ El CAP II Chilca, mediante Carta 003-CAP-II-CHILCA-GRAJ-ESSALUD-2016, informa que se ha realizado la autoevaluación con resultado de 51.25% (2da. Autoevaluación).
- ✓ El CAP II Mantaro, cuenta con el equipo de autoevaluación y el plan de autoevaluación se encuentra en el tercer macro proceso del proceso de autoevaluación (2da. Autoevaluación).
- ✓ Se han realizado Talleres de Capacitación a los equipos de Acreditación y Autoevaluación y personal de los

Red Asistencial JUNÍN

la RAS Junín.

- ✓ Se conformó el Grupo de Trabajo de la Gestión de Riesgo de Desastre RAS Junín
- ✓ Se aprobó el Plan de Respuesta ante situaciones de Emergencia y Desastres H I La Merced.
- ✓ Se conformó el Comité Farmacológico del H II La Oroya.

En el mes de Mayo

- ✓ Se conformó el Equipo de Rondas de Seguridad del H II La Oroya, H I La Merced
- ✓ Se conformó el Grupo de Trabajo de la Gestión de Riesgo de Desastre del H II La Oroya.
- ✓ Se conformó el Comité de Trasplante de Órganos y Tejidos del HNRPP de la RAS Junín.

En el mes de Junio

- ✓ Se conformó el Comité de Gestión de la Calidad y Seguridad del Policlínico Metropolitano de Huancayo 2015-2016.
- ✓ Se conformó el Comité de Hospitalización del H II La Oroya.
- ✓ Se conformó el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente del H II La Oroya, CAP Mantaro.
- ✓ Se conformó el Comité de Prevención y Análisis de la Mortalidad Materna del H II La Oroya.
- ✓ Se conformó la Unidad de Técnico Funcional Formuladora de Proyectos de Inversión de la RAS Junín.
- ✓ Se conformó el Comité de Referencias y Contrarreferencias del Policlínico Metropolitano de Huancayo RAS Junín.
- ✓ Se conformó el Equipo de Autoevaluación Interna de Acreditación del H I La Merced, del CAP Mantaro y H II La Oroya de la RAS Junín.
- ✓ Se constituyó la Comisión Medica Calificadora de Incapacidades - COMECI de la Ley Nª 26790 de la RAS Junín.

En el mes de Julio

- ✓ Se aprobó los Protocolos de Procedimientos Médicos de la UCI HNRPP de la RAS Junín.
- ✓ Se aprobó el Manual de Normas Administrativas y Procedimientos de la UCI del HNRPP de la RAS Junín.
- ✓ Se conformó el Equipo de Mejora Continua del H I La Merced.
- ✓ Se aprobó el Manual de Bioseguridad de la UCI y Cuidados Intermedios del HNRPP RAS Junín.
- ✓ Se conformó el Comité de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias del H I La Merced de la RAS Junín.
- ✓ Se conformó el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente del H I La Merced de la RAS Junín.
- ✓ Se conformó el Comité de Farmacovigilancia del HNRPP.
- ✓ Se conformó el Comité de Mortalidad Materna Perinatal del H I La Merced.
- ✓ Se conformó el Comité de Referencias y Contrarreferencias del H I La Merced.

En el mes de Agosto

- ✓ Se conformó el Equipo de Autoevaluación Interna de Acreditación del H I Rio Negro y del HNRPP de las RAS Junín
- ✓ Se conformó el Comité de Hospitalización del HNRPP de la RAS Junín.
- ✓ Se conformó el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente del H I Rio Negro.
- ✓ Se aprobó el Protocolo de Trasplante Hepático del HNRPP RAS Junín.
- ✓ Se conformó el Comité de Referencias y Contrarreferencias del HNRPP de la RAS Junín.

En el mes de Setiembre

- ✓ Se conformó el Comité de Gestión de Calidad y Seguridad en el Policlínico Metropolitano de Huancayo - 2015-2016.
- ✓ Se conformó el Grupo de Trabajo de la Gestión de Riesgos de Desastres del H I Tarma y de la RAS Junín.
- ✓ Se conformó el Comité Materno Perinatal HNRPP.
- ✓ Se aprobó el Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2015 H I Rio Negro.
- ✓ Se conformó el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente del HNRPP RAS Junín.
- ✓ Se conformó el Equipo de Autoevaluación Interna de Acreditación del H II La Oroya.
- ✓ Se constituyó El Circulo por los Derechos y la Humanización RAS Junín.
- ✓ Se conformó el Equipo Cero Dolor en el Paciente del HNRPP, H I La Merced de la RAS Junín.
- ✓ Se constituyó El Circulo de los Derechos y la Humanización en el HNRPP.
- ✓ Se aprobó el Plan de Autoevaluación 2015 del H II La Oroya.
- ✓ Se conformó el Comité de Prevención y Análisis de la Mortalidad Materna de la RAS Junín
- ✓ Se conformó el Equipo de Autoevaluación Interna de Acreditación del Policlínico Metropolitano Huancayo, del CAP Chilca.

En el mes de Octubre

- ✓ Se conformó el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo del Policlínico Metropolitano de Huancayo.
- ✓ Se conformó el Equipo de Autoevaluación Interna de Acreditación del Policlínico Metropolitano de Huancayo,

Red Asistencial JUNÍN

EESS: H N Ramiro Priale Priale, H II Alberto Hurtado Abadia, H I Tarma, H I Rio Negro, CAP III Mantaro, Policlínico Jauja CAP II Junín, CAP I Pichanaqui, C M Concepción y CAP II Morococha.

Para: Prevenir la anemia en menores de un año Red Asistencial Junín

- ✓ Mediante Carta 031-OCPyAP-GRAJ-ESSALUD-2016, se informó que se han realizado:
  - 1532 controles médicos a diciembre 2015
  - 435 tamizajes (Niños controlados por nutrición 2do.)
  - 682 niños tamizados (hemoglobina).
  - 520 con el paquete de análisis de laboratorio
  - Se ejecutó y superviso el clampaje oportuno durante el parto a 3508 nacidos vivos = a 100% de los nacidos vivos en los CAS de la RAS.
- ✓ La Oficina Coordinación Prestaciones, con Carta 033-OCPyAP-GRAJ-ESSALUD-2016, informa que ha presentado la propuesta técnica para la contratación de personal.

Gestión de la RAS

En el mes de Enero

- ✓ Se aprobó el Sistema de Gestión de Calidad del Servicio de Hemoterapia del Dpto. de Ayuda al Diagnóstico del HNRPP.
- ✓ Se aprobó el Manual de Calidad del Servicio de Hemoterapia del Dpto. de Ayuda al Diagnóstico, el Manual de Bioseguridad del Servicio de Hemoterapia, y el Manual de Procedimientos Técnicos del Servicio de Hemoterapia del Dpto. de Ayuda al Diagnóstico del HNRPP
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria de Incapacidades de la RAS Junín - 2015 - 2017.
- ✓ Se conformó el Comité de Prevención y Análisis de la Mortalidad Materna H I La Merced.
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Medica del Policlínico Metropolitano - Huancayo - 2015.

En el mes de Febrero

- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Odontológica del H II La Oroya - 2015.
- ✓ Se conformó el Equipo de Autoevaluación Interna de Acreditación del H I Tarma - 2015.
- ✓ Se conformó el Equipo de Gestión de Calidad del CAP Mantaro - 2015.
- ✓ Se conformó el Equipo de Rondas de Seguridad del H II La Oroya.
- ✓ Se conformó el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo del H II La Oroya – RAS Junín
- ✓ Se conformó el Comité de Reforma de Vida del H II La Oroya.
- ✓ Se aprobó el Plan de Manejo de Residuos Hospitalarios del HNRPP RAS Junín.
- ✓ Se constituyó el Sub Comité de Implementación del Sistema de Control Interno RAS Junín.

En el mes de Marzo

- ✓ Se conformó el Comité de Referencia y Contrarreferencia del H II La Oroya.
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Médica del HNRPP.
- ✓ Se conformó el Equipo de Autoevaluación Interna y Acreditación del Policlínico Jauja.
- ✓ Se conformaron Brigadas de Emergencia del CM Concepción, PM Pachayo de la RAS Junín
- ✓ Se conformó el Sub Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo de Gerencia y HNRPP
- ✓ Se conformó el Equipo Operativo de Categorización de la RAS Junín
- ✓ Se conformó el Comité Farmacológico del H II La Oroya
- ✓ Se conformó el Grupo de Trabajo encargado de promover el Código de Ética de la Función Pública así como el Código de Ética del Personal de EsSalud.
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Medica del H II La Oroya.
- ✓ Se conformó el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente del Policlínico Jauja – RAS Junín
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Medica del Policlínico Jauja - 2015.
- ✓ Se conformó el Comité del Programa de Reforma de Vida Renovada del CAP Chilca.
- ✓ Se conformó el Grupo de Trabajo de Gestión de Riesgo de Desastres del CAP Chilca.

En el mes de Abril

- ✓ Se conformó el Comité de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente del CAP Chilca.
- ✓ Se conformó el Comité Referencias y Contrarreferencias del HNRPP - 2015
- ✓ Se conformó el Comité de Gestión de Manejo de Residuos Sólidos HNRPP.
- ✓ Se conformó el Comité de Autoevaluación del H I Rio Negro de la RAS Junín
- ✓ Se dispuso la Conformación del Equipo Operativo de Autoevaluación para la Categorización CAP II Chilca de

Red Asistencial JUNÍN

I La Merced, H II La Oroya, de la RAS Junín.

- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria en Enfermería del H I La Merced.
- ✓ Se aprobó las Guías Prácticas Clínicas UCI del HNRPP de la RAS Junín.
- ✓ Se aprobó el Plan de Contingencia Frente a Emergencias y Desastres del Servicio de Patología Clínica del HNRPP de la RAS Junín.
- ✓ Se conformó el Sub Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo, del H I Rio Negro.
- ✓ Se conformó el Grupo de Trabajo de la Gestión de Riesgos de Desastres, de la PM Corpacancha, del H I Rio Negro.
- ✓ Se conformó el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo, del CAP III Mantaro, de la RAS Junín.
- ✓ Se conformó el Comité de Ética en Investigación del HNRPP de la RAS Junín.
- ✓ Se aprobó el Plan de Respuesta Frente a Emergencias y Desastres, del H I La Merced, del H I Rio Negro, del H I Tarma, del CAP II Chilca, del Policlínico Jauja.
- ✓ Se reconformó el Equipo de Acreditación del Hospital Nacional "Ramiro Prialé Prialé".
- ✓ Se designó al Supervisor de Seguridad y Salud en el Trabajo de la PM San Cristóbal.

Principales Gastos Logísticos (PAC – 2015)

Descripción (*)	Tipo de proceso	Valor estimado S/.
Contratación del servicio de mantenimiento de equipos biomédicos para la RAS Junín	CP	867,000.00
Contratación del servicio de radioterapia y braquiterapia para el servicio de oncología del HNRPP	AMC	835,168.00
Contratación del servicio de mantenimiento de infraestructura de la RAS Junín (12 meses)	CP	749,228.76
Contratación del servicio de mantenimiento preventivo y correctivo del resonador magnético del HNRPP	CP	615,460.77
Contratación del servicio de citas otorgadas por el sistema de referencias información administrativa económica y de seguros de la RAS Junín	CP	460,923.73
Servicio de mantenimiento preventivo y correctivo a todo costo del litotriptor extracorpóreo del HNRPP (12 meses)	ADP	391,740.00
Contratación del servicio de mantenimiento correctivo de ascensores del HNRPP	ADP	306,248.66
contratación de una empresa especializada para el traslado y eliminación de 170.713 toneladas de residuos bio-contaminados del HNRPP (12 meses)	ADP	273,152.75
Contratación del servicio mantenimiento de mimógrafo de la merced	AMC	243,000.00
Contratación del servicio de apoyo a los módulos de atención al asegurado de los CAS de la RAS Junín (09 meses)	CP	1,097,920.71
Contratación del servicio a todo costo para la instalación de equipos de aire acondicionado para el Servicio de Banco de Sangre del HNRPP	AMC	48,950.00
Contratación del Servicio de dosimetría para el HNRPP	ADS	46,728.00
Servicio de radioterapia con acelerador lineal para el HNRPP	AMC	39,846.00
Contratación del servicio de radioterapia para el HNRPP		239,076
Adquisición de materiales reactivos y pruebas de patología clínica de hematología de la RAS Junín	LP	552,240.00
Adquisición de lavadora extractor a vapor con barrera sanitaria de 100kg para el HNRPP	LP	500,000.00
Adquisición de grupo electrógeno de 500 kw para el HNRPP	LP	498,675.00
Adquisición de medicinas no suministradas centralizadamente para la red Junín	LP	473,070.60
Adquisición de medicamento y material DIPAC para pacientes continuadores (enero a dic.-2015) delegado a compra local para el Servicio de Nefrología del HNRPP – RAS Junín		2,233,518.00
Adquisición de prótesis total de cadera no cementada para el HNRPP de la RAS Junín	ADP	238,000.00
Adquisición de material radiofármaco - generador portátil de tecnecio para el Servicio de Diagnóstico por imágenes de la RAS Junín	AMC	236,600.00
Adquisición de kit completo para gases electrolitos y metabolitos sanguíneos arteriales para el HNRPP	ADS	145,080.00
Adquisición de material médico urológico (esfínter urinario artificial) para el HNRPP	ADS	117,500.00
Adquisición de repuestos para el resectoscopio, nefroscopio, video-cisterescopio y cistoscopio del servicio de urología del HNRPP	ADP	110,000.00
Total		11'319,126.98

(*) Periodos de 12 meses

Principales Cursos Talleres llevados a cabo

1. Actualización en el tratamiento nutricional en el paciente pediátrico, dirigido a 25 participantes (S/. 3,800)
2. Taller en Inmunizaciones: Manejo de ESAVIS Eventos Supuestamente Atribuidos a Vacunación e Inmunización (ESAVI): en los centros de atención, dirigido a 40 participantes (S/. 3,000)
3. Taller en CRED y Estimulación Temprana, dirigido a 40 participantes (S/. 2,500)

Red Asistencial JUNÍN

del CAP Mantaro

- ✓ Se conformó el Comité de Optimización de los Consultorios Externos del HNRPP.
- ✓ Se conformó el Comité de Historias Clínicas del HNRPP.
- ✓ Se conformó el Grupo de Trabajo de la Gestión de Riesgo de Desastre del H I La Merced, Policlínico Metropolitano de Huancayo.
- ✓ Se conformó el Equipo de Acreditación del H II La Oroya, del HNRPP, Policlínico Metropolitano de Huancayo.
- ✓ Se aprobó el Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2015 del H I La Merced.

En el mes de Noviembre

- ✓ Se reconformó el Comité Técnico de Formulación del Plan Director de Inversiones para la RAS Junín.
- ✓ Se conformó el Equipo de Autoevaluación Interna para la Acreditación, del CAP II Morococha.
- ✓ Se conformó el Grupo de Trabajo de la Gestión de Riesgos de Desastres, del CAP II Junín, de la PM Marh-Tunel, del H I La Merced, del CAP II Morococha, de la PM Yauricocha, del Policlínico Jauja, de la RAS Junín.
- ✓ Se reconformó el Equipo de Autoevaluación Interna para la Acreditación, del Policlínico Jauja, del H I La Merced.
- ✓ Se conformó el Equipo de Médicos Evaluadores de Uso Racional de Antimicrobianos de Reserva del HNRPP de la RAS Junín.
- ✓ Se aprobó el Proyecto de Mejora "Prevención y Tratamiento de Ulceras por Presión en los Servicios de Hospitalización" del HNRPP de la RAS Junín.
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Medica del HNRPP de la RAS Junín.
- ✓ Se aprobó el Plan de Respuesta Frente a Desastres ante el Evento Fenómeno El Niño de los CAS de la RAS Junín
- ✓ Se reconformó el Comité Hospitalario Médico del HNRPP
- ✓ Se conformó el Comité de Referencia y Contrarreferencias del HNRPP
- ✓ Se reconformó el Comité de Hospitalización del HNRPP
- ✓ Se reconformó las Micro Redes Asistenciales Funcionales, dentro del ámbito de la RAS Junín, los cuales están conformados por la Micro Red Huancayo, la Micro Red La Oroya, la Micro Red Selva Central, de la RAS Junín
- ✓ Se conformó el Comité de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias del HNRPP
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria en Enfermería del HNRPP
- ✓ Se designó al Supervisor de Seguridad y Salud en el Trabajo de la PM de Corpacancha
- ✓ Se conformó el Equipo de Acreditación del CM Concepción

En el mes de Diciembre

- ✓ Se aprobó el Manual de Procedimientos del Servicio de Patología Clínica del HNRPP de la RAS Junín.
- ✓ Se reconformó el Comité de Auditoria Medica del HNRPP de la RAS Junín
- ✓ Se aprobó el Manual de Toma de Muestra del Servicio de Patología Clínica del HNRPP de la RAS Junín
- ✓ Se aprobó el Manual de Procedimientos Administrativos del Servicio de Emergencia del HNRPP de la RAS Junín
- ✓ Se conformó el Sub Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo del H I La Merced.
- ✓ Se aprobó los Planes de Respuesta para la Contingencia del Fenómeno El Niño de los CAS, el CM Concepción, CAP III Mantaro, CAP II Junín, CAP I Pichanaqui y la PM Marh-Túnel.
- ✓ Se aprobó el Plan de Seguridad del Paciente del Servicio de Emergencia del HNRPP de la RAS Junín.
- ✓ Se aprobó el Manual de Gestión de la Calidad de Laboratorio, del Servicio de Patología Clínica del HNRPP de la RAS Junín.
- ✓ Se conformó el Equipo de Autoevaluación Interna del HNRPP de la RAS Junín.
- ✓ Se aprobó el Plan de Seguridad del Paciente del Servicio de Patología Clínica del HNRPP de la RAS Junín.
- ✓ Se constituyó el Círculo por los Derechos y la Humanización del H I Tarma de la RAS Junín.
- ✓ Se aprobó el Plan de Auditoria Interna del Servicio de Patología Clínica del HNRPP de la RAS Junín.
- ✓ Se aprobó el Manual de Técnicas y Procedimientos Analíticos de Laboratorio del Servicio de Patología Clínica del HNRPP de la RAS Junín.
- ✓ Se aprobó el Plan de Mejoramiento Continuo de la Calidad del Servicio de Patología Clínica del HNRPP de la RAS Junín.
- ✓ Se aprobó la Guía de Procedimientos Asistenciales del Servicio de Emergencia del HNRPP de la RAS Junín.
- ✓ Se conformó la Comisión de Inventario para Toma de Inventario Físico de Existencias en el Almacén Central, Farmacias y Depósitos de la RAS Junín.
- ✓ Se conformó la Comisión de Estudio de Campo Clínico del HNRPP de la RAS Junín.
- ✓ Se aprobó el Plan de Trabajo para la Implementación del Sistema de Control Interno de la RAS Junín.
- ✓ Se constituyó el Círculo por los Derechos y Humanización del Departamento de Enfermería del HNRPP, del H

Red Asistencial JUNÍN
4. Soporte vital básico y soporte vital avanzado, , dirigido a 25 participantes (S/. 4,500) 5. "Atención integral del adulto y adulto mayor no crónico", dirigido a 31participantes (S/. 2,000) 6. Actualización para DX de displasia de cadera y anemia, dirigido a 25 participantes (S/. 2,560) 7. Taller: "Terapia Manual en Patologías Osteomusculares y del tejido conectivo", dirigido a 25 participantes (S/. 3,000). 8. Primeros Auxilios, Brigadas 1° respuesta, Transporte del paciente crítico, dirigido a 25 participantes (S/. 4,500) 9. Programa de inducción: • SERUMS I-II. • Internado Medico. • Residentado Medico. • Practicas Pre profesionales, dirigido a 65 participantes (40 Médicos, 10 Enfermeras, 5 Cirujanos Dentistas, 5Tecnologos Médicos y 5 Obtetrices) - (S/. 3,500). 10. Proceso de Elaboración y Diseño de Guías de Práctica Clínica, dirigido a 33 participantes (S/. 5,000) 11. Taller en procedimientos endoscópicos, dirigido a 30 participantes (S/. 3,800) 12. Atención del recién Nacido de alto riesgo, dirigido a 30 participantes (S/. 3,000) 13. Curso de métodos y validación de procesos en la central de esterilización y seguridad en el trabajo aplicado a las áreas quirúrgicas de enfermería, dirigido a 35 participantes (S/. 3,680) 14. Soporte Vital básico y Soporte Vital Avanzado, , dirigido a 30 participantes (S/. 4,800) 15. Emergencias médicas Obstétricas / Metabólicas Endocrinas, dirigido a 33 participantes (S/. 4,500) 16. Cuidados de Enfermería en la Unidad de Recuperación Post Anestésica, dirigido a 25 participantes (S/. 3,000)





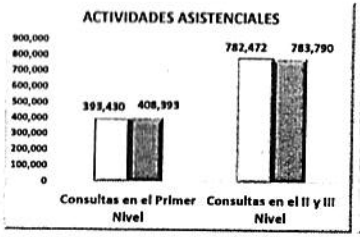


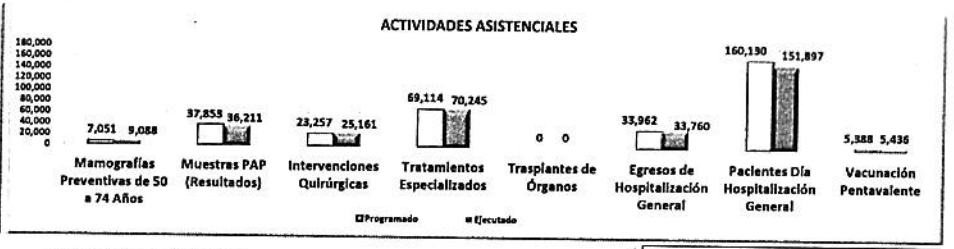
Evaluación del Plan Operativo Institucional 2015 - Desagregado

Red Asistencial LA LIBERTAD

ACTIVIDADES OPERATIVAS - ASISTENCIALES

	PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD	UNIDAD DE MEDIDA	Al IV Trimestre		Cumplimiento %
			Programado	Ejecutado	
1	Consultas en el Primer Nivel	Consultas	393,430	408,393	104%
2	Consultas en el II y III Nivel	Consultas	782,472	783,790	100%
3	Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años	Mamografías preventivas con resultado	7,051	9,088	129%
4	Muestras PAP (Resultados)	Exámenes PAP con resultado	37,853	36,211	96%
5	Intervenciones Quirúrgicas	Intervenciones Quirúrgicas	23,257	25,161	108%
6	Tratamientos Especializados	Tratamientos Especializados	69,114	70,245	102%
7	Trasplantes de Órganos	Trasplantes	0	0	#¡DIV/0!
8	Egresos de Hospitalización General	Egresos	33,962	33,760	99%
9	Pacientes Día Hospitalización General	Paciente día	160,130	151,897	95%
10	Vacunación Pentavalente	Vacunas (3ª dosis)	5,388	5,436	101%
11	Otros servicios de Salud				
11.1	Charla en Salud	Charlas	8,690	8,989	103%
11.2	Taller de Salud	Sesiones	3,428	3,682	107%
11.3	Psicoprofilaxis	Sesiones	2,809	2,786	99%
11.4	Campaña de Salud	Campañas	130	130	100%
11.5	Actividad Masiva de Comunicación	Eventos	153	165	108%
11.6	Visita Domiciliaria	Visitas	8,046	8,165	101%
11.7	Reforma de Vida	Sesiones	1,137	1,259	111%







Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel >= 100% son: Consultas en el PN (104%), Consultas en el II y III Nivel (100%), Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años (129%), Interv.Qx. (108%), Tratamientos Especializados (102%) y Vacunación Pentavalente (101%)

De las 07 Actividades denominadas Otros Servicios de Salud, seis (06) muestran un avance >=100% .

INICIATIVA DE GESTIÓN — AVANCE POI - 2015 — BUENO

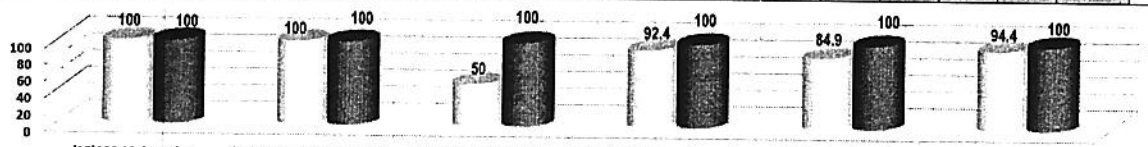
Actividades	Responsable	Fec. Ini. ReProg	Fec. Fin ReProg	Valor %	Valor ganado	Valor planeado	Indice Hitos actual	Hitos ejecutados: Nº Hitos	SI (100%)	NO (0 %)	AVANCE	Cumplimiento %
(15)109.Mejorar las contrarreferencias médicas en la Red Asistencial La Libertad	Ego Escate	30-mar	30-dic	100	100	100	1	3	3	0	0	100.00%
(15)110.Extender para el 2015 el Desembalse Quirúrgico con Cirugía Segura en los Hospitales de la RAS La Libertad	Juan Antonio Tafur	02-ene	30-nov	100	100	100	1	6	6	0	0	100.00%
(15)111.Fortalecer el sistema de emergencia en el H IV Victor Lazarte Echegaray de la RAS La Libertad	Javier Tafur	01-jun	30-dic	100	50	100	0.5	4	1	1	2	25.00%
(15)112.Optimizar el uso de las camas hospitalarias de la Red Asistencial La Libertad	Jacqueline Olivari	01-feb	30-dic	100	92.4	100	0.924	5	3	0	2	60.00%
(15)113.Fortalecer la Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo en la Red Asistencial La Libertad	Pedro Placencia	01-jun	15-dic	100	84.9	100	0.849	5	2	1	2	40.00%
(15)114.Fortalecer la Atención Primaria de salud del niño, Cancer Ginecologico, Adulto sano y Adulto	Isabel Torres	02-ene	30-dic	100	94.4	100	0.944	12	9	0	3	75.00%
Iniciativa de Gestión		02-ene	30-dic	100	86.95	100.00	0.8695	35	24	2	9	68.57%

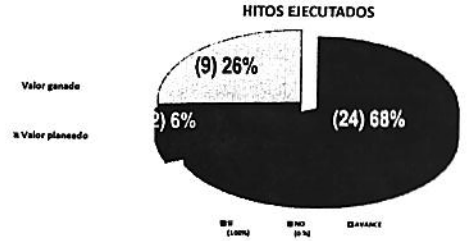
Para reducir el desembalse quirúrgico y los eventos adversos se han realizado las siguientes acciones: 1) Se elaboró el diagnostico causal o multicausal del Embalse quirúrgico. Así mismo se estableció el Promedio Inicial (Basal) de los Eventos Adversos. 2) Se desarrolló capacitación a los profesionales de la salud del Dpto. De Cirugía y Servicio de Centro Quirúrgico en la RALL sobre Prevención de Eventos adversos Quirúrgicos (Carta N° 223 OCID GRALL-EsSalud-2015). 3) Se monitorea: a) El sistema de vigilancia de Cirugía Segura (Carta 778 JDC HVLE GRALL-EsSalud-2015), b) El cumplimiento de las acciones quirúrgicas propuestas, para el desembalse quirúrgico (Carta N° -JDC-HVLE-GRALL-EsSalud-2015), c) De los Eventos Adversos Quirúrgicos en la RALL (1 por hospital Carta 779-JDC-HVLE-GRALL-EsSalud-2015)

A fin de fortalecer la Atención Primaria de salud del niño, Cáncer Ginecológico, Adulto sano y Adulto se tiene: 1) Se elaboró la propuesta de redistribución/contratación del RR HH Obstetriz según estudio de brecha oferta. 2) Mediante Resolución N° 81-GRALL-EsSalud-2015, se conformó el Comité Técnico Asesor del PPCT. 3) Se realizaron capacitación para fortalecer competencias en el equipo multidisciplinario: médicos, enfermeras y personal de laboratorio del Programa TBC de los EESS de la Red Asistencial (Carta 223-OCID-GRALL-EsSalud-2015). 4) Se elaboró el Plan de Fortalecimiento para la Detección Temprana de Cáncer Ginecológico.

Se capacitó a trabajadores de la Red Asistencial en Prevención de Riesgos Laborales (Carta N° 112-CEPRIT-OCPyAP-GRALL-EsSalud-2015).

Para fortalecer el sistema de emergencia en el H IV Víctor Lazarte Echegaray de la RAS La Libertad se han realizado las siguientes acciones: 1) Se viene actualizando los principales procedimientos asistenciales, indicadores de emergencias en el H IV Víctor Lazarte E. 2) Se capacitó al personal de salud del Hospital.





Patron de Comportamiento de los Indicadores del POI - FONAFE de la Red Asistencial LA LIBERTAD

1. Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva del I Nivel de Atención	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Ratio	0.6	0.5

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

2. Diferimiento de Citas Consulta Externa pacientes referidos del I al II Nivel	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	15	15

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

3. Promedio de Permanencia en Hospitalización General	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	4.55	4.55

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

4. Porcentaje de Pacientes en Sala de Observación < = 24 Horas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Porcentaje (%)	75.00%	75.00%

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

5. Tiempo de Espera de Intervención Quirúrgica	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	21	30

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

6. Cobertura de Tamizaje de Cancer de Cuello Uterino	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	30.00%	22.43%

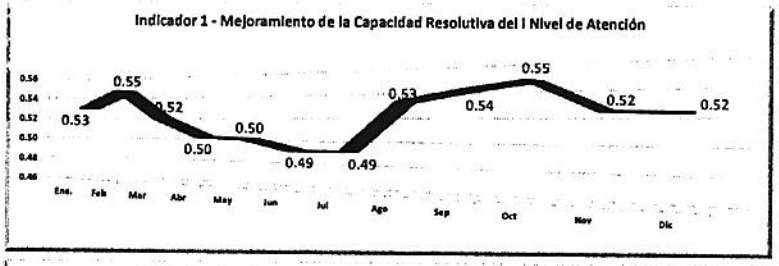
Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

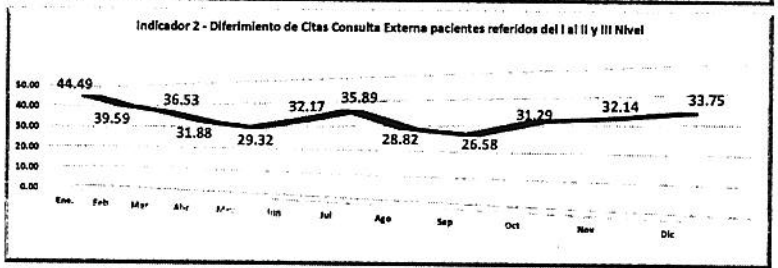
7. Cobertura de Tamizaje de Mamografías Preventivas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	25.00%	12.35%

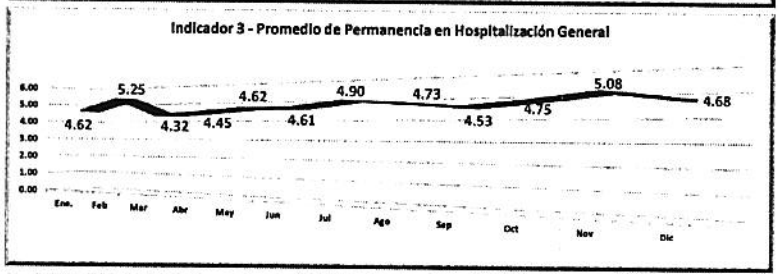
Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

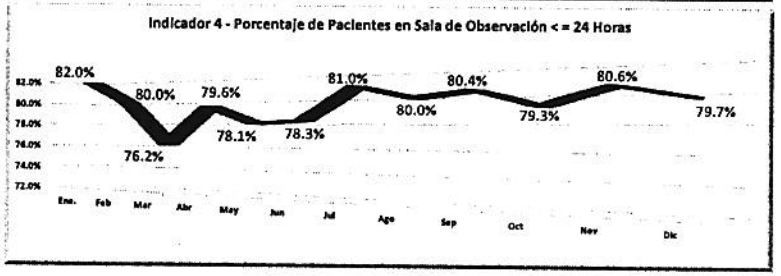
8. Cobertura de Vacunación Pentavalente (3era dosis)	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	80.00%	53.36%

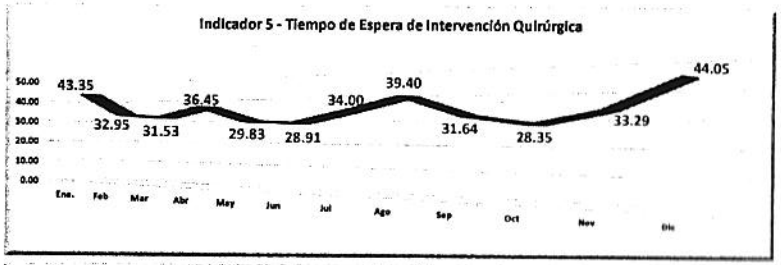
Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

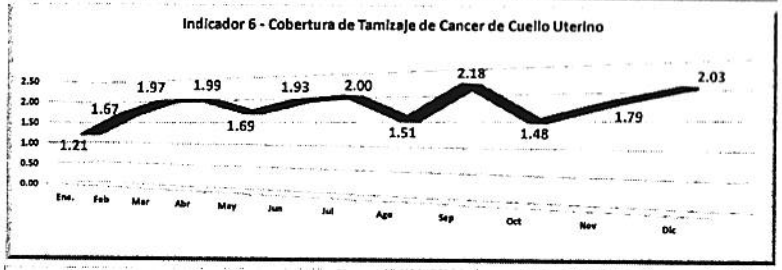


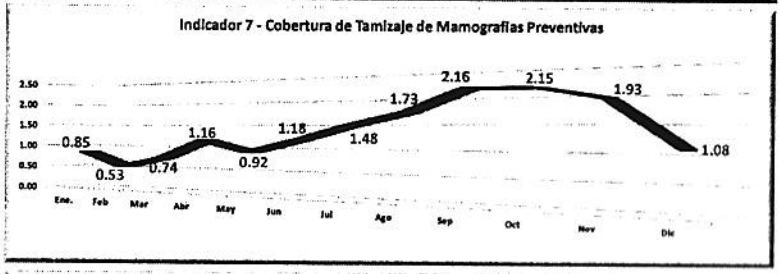


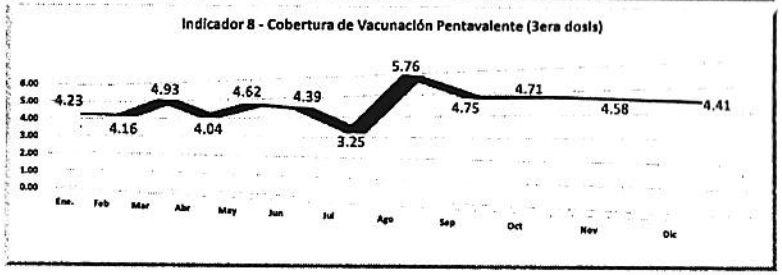












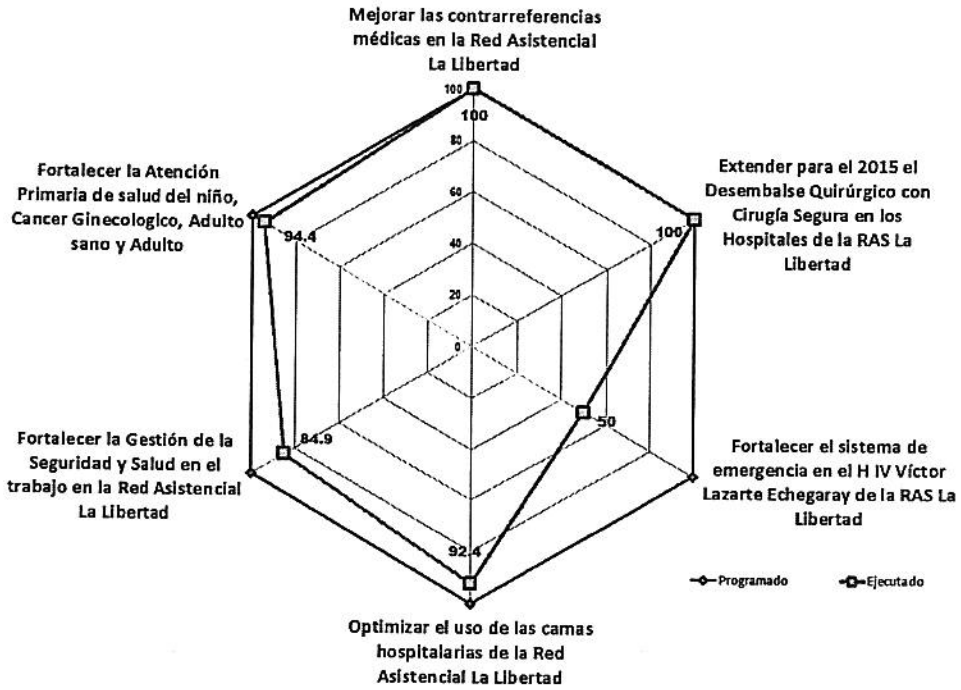
V°B° Ing. A. ROJAS - ESSALUD

V°B° V. REYNA Gerente - ESSALUD

V°B° Econ/A. Verástegui SubGerente - ESSALUD

Red Asistencial LA LIBERTAD

Actividades Desarrolladas para el cumplimiento de la Iniciativas de Gestión



En lo referente a las Iniciativas de Gestión:

1. Lo que permitió que se cumpla con la Iniciativa de Gestión: "Mejorar las Contrarreferencias médicas, en la RAS La Libertad", fue el Compromiso de los Jefes de Servicio en el Monitoreo de las Contrarreferencias Médicas, la implementación de un Plan de Acción para el Manejo de Pacientes Contrarreferidos. Se lograron:
   - ✓ Se realizaron 59752 (HIV VLE=49878, H II Chocope=4026, H I Alibrecht=21, H I Florencia de Mora=4683, H I Moche=1110 y Policlínico El Porvenir=34) Contrarreferencias, superando al meta programada de 58400.
   - ✓ En el primer trimestre se elaboró el Plan de Mejora de Contrarreferencias Médicas en la RAS La Libertad.
   - ✓ Se cumplió con la emisión de los informes de Monitoreo de Pacientes Contrarreferidos.

2. El aumento ostensible de la producción quirúrgica tiene, entre otros factores, que se han considerado pacientes de Consulta Externa, emergencia y hospitalización. Se ejecutaron 7714 pacientes operados dentro de los primero 30 días, así mismo, se tuvieron 482 eventos adversos, los cuales llegaron al 6.07% por debajo del indicador anual que fue del 10% anual.
   La Jefatura de Cirugía del Hospital Base Victor Lazarte Echegaray, dio las siguientes recomendaciones para solucionar y disminuir los eventos adversos:
   - ✓ Lavado exhaustivo de manos del equipo quirúrgico que van a realizar las intervenciones.
   - ✓ Mayor cuidado de la asepsia y antisepsia de la zona operatoria
   - ✓ Uso de guantes en las curaciones de los pacientes post quirúrgicos.
   - ✓ Uso adecuado de antibióticos específicos para cada paciente.

   Las suspensiones de las Cirugías se dan por los siguientes eventos:
   - ✓ Inadecuada condición del paciente.
   - ✓ Prolongación de Cirugías del Turno de la Mañana.
   - ✓ Por falta de material o instrumental médico.
   - ✓ Mala preparación del paciente.
   - ✓ Prolongación o término de operación anterior pasado el tiempo operatorio.
   - ✓ Por intubación difícil / imposible / fallida: no es posible canalización.

V°B° M. ALROJAS ESSALUD

V°B° V. REYNA Gerente

V°B° Econ. A. Verastegui SubGerente

Red Asistencial LA LIBERTAD

3. Se cumplió con efectuar la capacitación del personal del servicio de emergencia del H IV VLE; igualmente, se actualizó los principales indicadores de emergencia.

4. El cumplimiento de las Directivas de Hospitalización permitió el uso óptimo de las camas hospitalaria logrando al cierre del año 2015, llegar al 82.41% a nivel de RAS La Libertad. Así mismo, igualmente el determinar la cantidad de camas en hospitales según demanda.

5. Para fortalecer la gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la RAS La Libertad, se tiene:
   - ✓ Se cuenta con 338 historias clínicas ocupacionales
   - ✓ Certificación de 5 integrantes del Sub-Comité de SST del HACVP.
   - ✓ 410 trabajadores capacitados en Prevención de Riesgos laborales.

6. Para fortalecer la atención primaria de salud del niño, cáncer ginecológico, del adulto sano y adulto con ECNT y programa de prevención y control de la TBC, se llegó a
   - ✓ Se logró el 123% de niños < de 1 año captados para TET, la meta era 30%
   - ✓ Se llegó al 16% de niños < de 1 año que asisten a más de 4 sesiones de TET, la meta era de 50%
   - ✓ Se llegó a una cobertura del 55% de mujeres de 50 a 75 años con Detección Temprana de Cáncer de Mama, la meta planteada fue del 25%
   - ✓ Se llegó a una cobertura del 70% de mujeres de 21 a 65 años con Detección Temprana de Cáncer Cérvico Vaginal de Tamizaje, la meta planteada fue del 31%
   - ✓ Se llegó al 61% de usuarios con Enfermedades Crónicas No Transmisibles con Detección de ERC, la meta planteada fue del 80%
   - ✓ Se llegó al 46% de Pacientes con diabetes mellitus con prueba de hemoglobina glicosilada, la meta planteada fue del 60%
   - ✓ Se logró el 73% de usuarios con riesgo de ERC y Nefroprotección notificados en el VISARE, la meta planteada fue del 90%
   - ✓ Se logró el 58% usuarios de 18 a más años con Cons Prev de 18 a más años, la meta planteada fue del 15%
   - ✓ Se tiene 7 EESS que han mejorado el proceso de atención de la estrategia de TBC, la meta planteada fue de 13 EESS.

Gestión de la RAS

En el mes de Enero
- ✓ Se conformó el Comité de Lactancia Materna del HBVLE
- ✓ Se conformó el Comité Perinatal del HBVLE
- ✓ Se conformó el Comité de Prevención y Control de la ITS/VIH-SIDA de la RAS La Libertad - 2015
- ✓ Se conformó el Comité de Autoevaluación para la Acreditación del HBVLE de la RAS La Libertad
- ✓ Se conformó el Comité de Reforma de Vida de la RAS La Libertad
- ✓ Se designó al Coordinador del Programa de Salud Bucal del Policlínico Víctor Lacro Herrera de la RAS La Libertad
- ✓ Se designó al Coordinador del Programa DAE PCT

En el mes de Febrero
- ✓ Se conformó el Comité de Prevención y Control de Tuberculosis de la RAS La Libertad
- ✓ Se conformó el Comité de Ética de Investigación de la RAS La Libertad
- ✓ Se conformó el Comité de Farmacovigilancia del H I Florencia de Mora - 2015
- ✓ Se conformó el Comité de Humanización de los Servicios de la Salud del H I Florencia de Mora, H II Chocope y el HBVLE de la RAS La Libertad
- ✓ Se conformó el Comité Hospitalarios del H I Pacasmayo de la RAS La Libertad
- ✓ Se conformó el Comité de para Implantación y Funcionamiento de Lactario de la RAS La Libertad
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria de Incapacidades DEL H I La Esperanza

En el mes de Marzo
- ✓ Se aprobaron las GPC del Servicio de Oftalmología y del Servicio de Ortopedia y Traumatología del HBVLE de

Red Asistencial LA LIBERTAD

En el mes de Agosto

- ✓ Se creó las Áreas Funcionales conformantes de la Unidad Funcional Cardiovascular – INCOR, del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta de la RAS La Libertad
- ✓ Se creó el Centro de Excelencia en el Tratamiento de Pacientes de Labio Leporino del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta de la RAS La Libertad
- ✓ Se aprobó el Plan de Respuesta ante Situaciones de Emergencia y Desastres del H I Viru
- ✓ Se conformó el Comité de Farmacovigilancia del HBVLE dela RAS La Libertad
- ✓ Se aprobó el Plan Anual de Seguridad del H I Viru
- ✓ Se conformó los Círculos por los Derechos y la Humanización de la RAS La Libertad
- ✓ Se aprobó el Manual de Procedimientos de Emergencia del Servicio de Neonatología del HBVLE de la RAS La Libertad
- ✓ Se conformó el Centro de Operaciones de Emergencia del Hospital Alta Complejidad Virgen de la Puerta - HACVP de la RAS La Libertad
- ✓ Se aprobó la GPC Sepsis Shock Séptico del Departamento de Emergencia y Cuidados Intensivos Adultos, la GPC Síndrome Diestress Respiratorio del Adulto y la GPC UCI-UCIN Adultos-Hemorragia Subaracnoidea del HBVLE de la RAS La Libertad

En el mes de Setiembre

- ✓ Se aprobó el Manual de Procedimientos de Farmacia de Hospitalización del HBVLE de la RAS La Libertad
- ✓ Se constituyó el Circulo por los Derechos y la Humanización en el H I Chocope, Policlínico Víctor Larco Herrera y H I Florencia de Mora
- ✓ Se conformó el Comité Farmacoterapeutico del Hospital Alta Complejidad Virgen de la Puerta - HACVP de la RAS La Libertad
- ✓ Se conformó el Comité de Prevención de Muerte Materna de la RAS La Libertad
- ✓ Se conformaron las Brigadas Operativas de Emergencia del CAP III Metropolitano
- ✓ Se conformó el Comité de Farmacoterapeutico del H I Chocope
- ✓ Se conformó el Equipo de Gestión del Proceso de Acreditación del H I Florencia de Mora
- ✓ Se aprobó el Plan de Contingencia del Fenómeno El Niño de la Red Asistencial La Libertad (EESS: HBVLE, HII. Chocope, Policlínico El Porvenir, Policlínico Víctor Larco Herrera, CAP Metropolitano, H I Moche, HI. Florencia de Mora, H I Albrecht, H I La Esperanza, H I Pacasmayo, H I Viru, CM Casa, CM Ascope, CM Huanchaco, UBAP Laredo, UBAP Otuzco, UBAP Soledad, UBAP Tayabamba, UBAP Guadalupe, UBAP Huamachuco, UBAP Malabrigo, UBAP Cascas, UBAP Chicama, UBAP Quiruvilca, UBAP Salaverry, UBAP San José, UBAP Cartavio, UBAP Jequetepeque, UBAP Limoncarro, UBAP Sausal, UBAP Chao, UBAP Paijan, UBAP Santiago de Chuco).
- ✓ Se aprobaron: Manual de Procedimientos de Bioquímica, Manual de Procedimientos de Hematología, Manuales de Procedimientos del Banco de Sangre, Manual de Procedimientos de Inmunología, Manual de Bioseguridad del Servicio de Hematología, del HBVLE de la RAS La Libertad
- ✓ Se conformó el Comité de Vigilancia Perinatal H I Virú

En el mes de Octubre

- ✓ Se aprobó el Manual de Organización y Funciones de Hemodiálisis e el Manual de Procedimientos de la Unidad de Hemodiálisis de la IPRESS del HBVLE
- ✓ Se aprobó la GPC de Insuficiencia Respiratoria y la GPC Hemorragia Digestiva del Servicio de Emergencia, así como el Manual de Procedimientos Asistenciales del Servicio de Oftalmología y el Manual de Procedimientos Asistenciales del Servicio de Traumatología y Ortopedia del HBVLE de la RAS La Libertad
- ✓ Se aprobó el Manual de Procedimientos del Banco de Sangre del Hospital Alta Complejidad Virgen de la Puerta - HACVP de la RAS La Libertad
- ✓ Se conformaron Rondas de Seguridad del Paciente en el Hospital Alta Complejidad Virgen de la Puerta - HACVP de la RAS La Libertad
- ✓ Se aprobó la GPC Desnutrición Proteico calórica y Soporte Nutricional del Servicio de UCI-UCIN Adulto del HBVLE de la RAS La Libertad
- ✓ Se aprobó el Plan de Respuesta ante Emergencias y Desastres del H I La Esperanza
- ✓ Se conformó el Comité de Prevención y Análisis de Mortalidad Materna del CM Casa Grande
- ✓ Se aprobó la GPC del Servicio de Emergencia - Enfermedad Cerebro Vascular Isquemia del HBVLE de la RAS La Libertad
- ✓ Se conformó el Equipo de Trabajo Multidisciplinario del Programa de Salud Renal del Hospital Alta Complejidad Virgen de la Puerta - HACVP.
- ✓ Se constituyó el Circulo por los Derechos y la Humanización del H I Albrecht

la RAS La Libertad.

- ✓ Se conformó el Comité de Neonatología del HBVLE de la RAS La Libertad
- ✓ Se aprobó GPC para la Atención del Recién Nacido en el Servicio de Neonatología del HBVLE RAS La Libertad
- ✓ Se conformó el Comité de Patología Clínica del HBVLE de la RAS La Libertad
- ✓ Se conformó el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente en el H I La Esperanza
- ✓ Se conformó el Equipo de las Rondas de Seguridad del Paciente en el CM Casa Grande, HBVLE - 2015
- ✓ Se conformó el Comité Farmacológico del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta de la RAS La Libertad
- ✓ Se conformó el Comité de Calidad y Seguridad del paciente del HBVLE, del H I Viru de la RAS La Libertad
- ✓ Se conformó el Comité de Prevención y Análisis de la Mortalidad Materna del H I Viru, del HBVLE de la RAS La Libertad
- ✓ Se conformó el Comité de Eventos Centinela del CM Casa Grande, del H I Viru, Policlínico El Porvenir, del H II Chocope, del HBVLE de la RAS La Libertad

En el mes de Abril

- ✓ Se conformó el Comité de Hospitalización: CM Casa Grande, Hospital Virgen de la Puerta, H II Chocope, H I Florencia de Mora, H I Albrecht, H I La Esperanza, Policlínico El Porvenir, H I Pacasmayo, H I Viru, CM Ascope, H I Moche y HBVLE de la RAS La Libertad
- ✓ Se conformó el Comité de Infecciones Intrahospitalarias, del HBVLE de la RAS La Libertad
- ✓ Se reestructuró el Comité Farmacológico del Hospital I La Esperanza
- ✓ Se conformó el Comité Rondas de Seguridad del Paciente del H I Albrecht, Hospital Virgen de la Puerta

En el mes de Mayo

- ✓ Se aprobó el Plan de Manejo de Residuos Sólidos del CAP III Metropolitano
- ✓ Se conformó el Comité de Apoyo de Atención Integral del Cáncer del HBVLE de la RAS La Libertad

En el mes de Junio

- ✓ Se conformó el Comité de Calidad del CAP III Metropolitano de la RAS La Libertad
- ✓ Se aprobó el Manual de Bioseguridad y Manejo de Citostático en la Unidad de Soporte Metabólico del HBVLE – RAS La Libertad
- ✓ Se aprobó el Manual de Normas y Procedimientos de la Unidad de Soporte Metabólico Nutricional Parenteral del HBVLE – RAS La Libertad
- ✓ Se aprobó el Manual de Procedimientos de Mezclas Oncológicas, del HBVLE – RAS La Libertad
- ✓ Se aprobó el Manual de Procedimientos de Preparados Nutrición Parenteral, del HBVLE – RAS La Libertad
- ✓ Se aprobó el Manual de Bioseguridad en el Manejo de Citostaticos en el Servicio de Farmacia del HBVLE – RAS La Libertad
- ✓ Se conformó el Comité de Hospitalización del Hospital Alta Complejidad Virgen de la Puerta - HACVP
- ✓ Se conformó el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo en el H II Chocope
- ✓ Se conformó el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente del Hospital Alta Complejidad Virgen de la Puerta - HACVP
- ✓ Se conformó el Comité de Reforma de Vida del CAP III Metropolitano
- ✓ Se conformó el Comité de Defensa Civil y Brigadas Operativas de Emergencia CAP III Metropolitano
- ✓ Se conformó el Comité de Farmacovigilancia del H I La Esperanza
- ✓ Se conformó el Comité de Uso, Manejo, Conservación y Depuración de Historias Clínicas del HBVLE – RAS La Libertad

En el mes de Julio

- ✓ Se conformó el Comité de Historia Clínicas del HBVLE – RAS La Libertad
- ✓ Se conformó el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo periodo 2015-2017, del H I La Esperanza
- ✓ Se creó la Unidad Funcional Cardiovascular del Hospital Alta Complejidad Virgen de la Puerta - HACVP.
- ✓ Se constituyó el Sub Comité de Implementación de Sistema de Control Interno en el H I Pacasmayo
- ✓ Se aprobaron: Manual de Normas y Procedimientos y Manual de Bioseguridad del Servicio de Medicina Transfusional y Banco de Sangre del Hospital Alta Complejidad Virgen de la Puerta - HACVP.
- ✓ Se aprobó: Manual de Procedimientos en el Servicio de Neonatología y el Manual de Bioseguridad del HBVLE – RAS La Libertad
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Medica Odontológica del HBVLE de la RAS La Libertad

Red Asistencial LA LIBERTAD

En el mes de Agosto

- ✓ Se creó las Áreas Funcionales conformantes de la Unidad Funcional Cardiovascular – INCOR, del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta de la RAS La Libertad
- ✓ Se creó el Centro de Excelencia en el Tratamiento de Pacientes de Labio Leporino del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta de la RAS La Libertad
- ✓ Se aprobó el Plan de Respuesta ante Situaciones de Emergencia y Desastres del H I Viru
- ✓ Se conformó el Comité de Farmacovigilancia del HBVLE dela RAS La Libertad
- ✓ Se aprobó el Plan Anual de Seguridad del H I Viru
- ✓ Se conformó los Circulos por los Derechos y la Humanización de la RAS La Libertad
- ✓ Se aprobó el Manual de Procedimientos de Emergencia del Servicio de Neonatología del HBVLE de la RAS La Libertad
- ✓ Se conformó el Centro de Operaciones de Emergencia del Hospital Alta Complejidad Virgen de la Puerta - HACVP de la RAS La Libertad
- ✓ Se aprobó la GPC Sepsis Shock Séptico del Departamento de Emergencia y Cuidados Intensivos Adultos, la GPC Síndrome Diestress Respiratorio del Adulto y la GPC UCI-UCIN Adultos-Hemorragia Subaracnoidea del HBVLE de la RAS La Libertad

En el mes de Setiembre

- ✓ Se aprobó el Manual de Procedimientos de Farmacia de Hospitalización del HBVLE de la RAS La Libertad
- ✓ Se constituyó el Circulo por los Derechos y la Humanización en el H I Chocope, Policlínico Víctor Larco Herrera y H I Florencia de Mora
- ✓ Se conformó el Comité Farmacoterapeutico del Hospital Alta Complejidad Virgen de la Puerta - HACVP de la RAS La Libertad
- ✓ Se conformó el Comité de Prevención de Muerte Materna de la RAS La Libertad
- ✓ Se conformaron las Brigadas Operativas de Emergencia del CAP III Metropolitano
- ✓ Se conformó el Comité de Farmacoterapeutico del H I Chocope
- ✓ Se conformó el Equipo de Gestión del Proceso de Acreditación del H I Florencia de Mora
- ✓ Se aprobó el Plan de Contingencia del Fenómeno El Niño de la Red Asistencial La Libertad (EESS: HBVLE, HII. Chocope, Policlínico El Porvenir, Policlínico Víctor Larco Herrera, CAP Metropolitano, H I Moche, HI. Florencia de Mora, H I Albrecht, H I La Esperanza, H I Pacasmayo, H I Viru, CM Casa, CM Ascope, CM Huanchaco, UBAP Laredo, UBAP Otuzco, UBAP Soledad, UBAP Tayabamba, UBAP Guadalupe, UBAP Huamachuco, UBAP Malabrigo, UBAP Cascas, UBAP Chicama, UBAP Quiruvilca, UBAP Salaverry, UBAP San José, UBAP Cartavio, UBAP Jequetepeque, UBAP Limoncarro, UBAP Sausal, UBAP Chao, UBAP Paijan, UBAP Santiago de Chuco).
- ✓ Se aprobaron: Manual de Procedimientos de Bioquímica, Manual de Procedimientos de Hematología, Manuales de Procedimientos del Banco de Sangre, Manual de Procedimientos de Inmunología, Manual de Bioseguridad del Servicio de Hematologia, del HBVLE de la RAS La Libertad
- ✓ Se conformó el Comité de Vigilancia Perinatal H I Virú

En el mes de Octubre

- ✓ Se aprobó el Manual de Organización y Funciones de Hemodiálisis e el Manual de Procedimientos de la Unidad de Hemodiálisis de la IPRESS del HBVLE
- ✓ Se aprobó la GPC de Insuficiencia Respiratoria y la GPC Hemorragia Digestiva del Servicio de Emergencia, así como el Manual de Procedimientos Asistenciales del Servicio de Oftalmología y el Manual de Procedimientos Asistenciales del Servicio de Traumatología y Ortopedia del HBVLE de la RAS La Libertad
- ✓ Se aprobó el Manual de Procedimientos del Banco de Sangre del Hospital Alta Complejidad Virgen de la Puerta - HACVP de la RAS La Libertad
- ✓ Se conformaron Rondas de Seguridad del Paciente en el Hospital Alta Complejidad Virgen de la Puerta - HACVP de la RAS La Libertad
- ✓ Se aprobó la GPC Desnutrición Proteico calórica y Soporte Nutricional del Servicio de UCI-UCIN Adulto del HBVLE de la RAS La Libertad
- ✓ Se aprobó el Plan de Respuesta ante Emergencias y Desastres del H I La Esperanza
- ✓ Se conformó el Comité de Prevención y Análisis de Mortalidad Materna del CM Casa Grande
- ✓ Se aprobó la GPC del Servicio de Emergencia - Enfermedad Cerebro Vascular Isquemia del HBVLE de la RAS La Libertad
- ✓ Se conformó el Equipo de Trabajo Multidisciplinario del Programa de Salud Renal del Hospital Alta Complejidad Virgen de la Puerta - HACVP.
- ✓ Se constituyó el Circulo por los Derechos y la Humanización del H I Albrecht

Red Asistencial LA LIBERTAD

Contratación del servicio de transporte de carga local, regional y nacional de bienes estratégicos - RAS La Libertad	CP	593,092.08
Servicio de mantenimiento pintado de muros interno y externo del Policlínico El Porvenir - RAS La Libertad	AMC	37,300.00
Contratación del servicio de litotripcia	ADP	354,240.00
Contratación el servicio de mantenimiento de equipos de hemodiálisis - RAS La Libertad	ADP	324,696.00
Contratación del servicio de transporte terrestre para pacientes referidos - RAS La Libertad	CP	2,056,672.00
Contratación del servicio de apoyo a los módulos de atención al asegurado	CP	1,776,454.56
Contratación del servicio de mantenimiento de equipos biomédicos	AMC	1,512,000.00
Contratación del servicio de lavanderia para los centros asistenciales - RAS La Libertad	CP	1,180,476.00
Adquisición de combustible para calderas incineradores y grupos electrógenos	LP	835,000.00
Adquisición de material de laboratorio familia insumos generales	AMC	487,955.85
Adquisición de reactivos de laboratorio familia hematología	LP	323,232.00
Adquisición de reactivos de laboratorio familia bioquímica automatizado para el H II Chocope	ADP	313,096.00
Adquisición de reactivos de laboratorio familia banco de sangre	LP	299,738.90
Adquisición de reactivos de laboratorio familia hematología	LP	297,900.00
Adquisición de material de laboratorio familia banco de sangre	AMC	282,282.00
Adquisición de reactivos de laboratorio familia banco de sangre	LP	261,163.20
Adquisición de medicamentos delgado compra local (lenalidomida 5 mg)	ADP	229,200.00
Adquisición de medicamentos delegados olanzapina 10 mg tb	AMC	228,734.00
Adquisición de oxigeno medicinal liquido - compra delegada	ADP	221,650.00
Adquisición de medicamentos de insumos DIPAC automatizado pac. continuadores compra local (soluc. p/di lisis perit.1.5 x 5 l(c/s.d) - RAS La Libertad	ADP	220,824.00
Adquisición de papel toalla para la RAS La Libertad	ADP	216,000.00
Adquisición de medicamentos (concent. Factor VIII- Factor Von Willebrand)	ADS	199,200.00
Adquisición de medicamentos insumos DIPAC autom pac. continuadores a compra local (set de tubuladura p/cicladora d/di lisis) - RAS La Libertad	ADS	175,695.00
Total		12'522,801.59

(*) Periodos de 12 meses

Principales Cursos Talleres llevados a cabo

1. Taller de Bioseguridad Hospitalaria y disposición de residuos sólidos, dirigido a 152 participantes (S/. 2,000)
2. RCP Básico y avanzado pediátrico, dirigido a 60 participantes (S/. 7,000)
3. Inducción para Médicos Residentes, dirigido a 71 participantes (S/. 3,000)
4. Formación de líderes en Humanización del personal de Salud, dirigido a 80 participantes (S/. 6,000)
5. Gestión de riesgo y seguridad del paciente, dirigido a 110 participantes (S/. 2,500)
6. Capacitación en buen trato y mejora del desempeño del trabajador, dirigido a 77 participantes (S/. 1,000)
7. Taller práctico sobre manejo y prevención de estrés laboral, dirigido a 190 participantes (S/. 8,000)
8. Gestión de Riesgos en los servicios de Emergencia, dirigido a 60 participantes (S/. 3,000)
9. Sensibilización para la detección temprana de tuberculosis en sintomático respiratorio, dirigido a 60 participantes (S/. 2,000)
10. Consejería en VIH/SIDA y aplicación de la Prueba Rápida para VIH-SIDA, dirigido a 65 participantes (S/. 2,000)
11. Intervenciones en Estilos de vida no saludable (Síndrome Metabólico) , dirigido a 70 participantes (S/. 3,000)
12. Actualización en Diabetes Mellitus, HTA y sus complicaciones, dirigido a 70 participantes (S/. 3,000)
13. Taller de Desarrollo de personal, dirigido a 90 participantes (S/. 4,000)
14. Prevención de riesgos laborales: Ergonomía, bienestar y equilibrio hábitos saludables en el trabajo, dirigido a 110 participantes (S/. 3,000)
15. Soporte básico del trauma y colectivas, dirigido a 100 participantes (S/. 6,000)
16. Humanización del trabajador y cultura de buen trato, dirigido a 85 participantes (S/. 1,500)
17. Seguridad y Salud en el trabajo, dirigido a 65 participantes (S/. 2,500)
18. Gestión moderna del cuidado, supervisión y manejo de indicadores en los servicios de Enfermería, dirigido a 105 participantes (S/. 3,000)
19. Humanización de los servicios de Salud, dirigido a 100 participantes (S/. 5,000)
20. Psicología organizacional en los servicios de Emergencia, dirigido a 205 participantes (S/. 3,000)
21. Fortalecimiento de las medidas de bioseguridad en los procedimientos de Enfermería, dirigido a 70 participantes (S/. 4,500)
22. Atención segura en las unidades de Hemodiálisis, dirigido a 70 participantes (S/. 2,500)
23. IV Curso Internacional de Actualización y avances en cuidados intensivos, dirigido a 70 participantes (S/. 9,000)

Red Asistencial LA LIBERTAD

- ✓ Se conformó el Comité de Gestión y Oportunidad del HBVLE de la RAS La Libertad
- ✓ Se conformó el Equipo de Acreditación y Evaluadores Internos del H I Florencia de Mora
- ✓ Se conformó el Comité de Gestión y Manejo de Residuos Sólidos del Hospital Alta Complejidad Virgen de la Puerta - HACVP
- ✓ Se aprobó el Plan de Respuesta ante Situaciones de Emergencia y Desastres 2015 del CAP II Laredo, CAP II Huamachuco, CM Casa Grande, H I Albrecht, Policlínico El Porvenir, Hospital Alta Complejidad Virgen de la Puerta - HACVP.
- ✓ Se conformó el Comité Cívico del 1er aniversario de vida institucional Hospital Alta Complejidad Virgen de la Puerta - HACVP de la RAS La Libertad

En el mes de Noviembre

- ✓ Se reestructuró el Grupo de Trabajo de la Gestión de Riesgo de Desastres del HNVLE de la RAS La Libertad.
- ✓ Se conformó el Comité de Infecciones Intrahospitalarias del H I La Esperanza de la de la RAS La Libertad.
- ✓ Se conformó el Equipo de Mejora Continua, del CAP II Huamachuco, del CAP III Metropolitano, de la RAS La Libertad.
- ✓ Se modificó el Equipo de Evaluadores Internos del H I Florencia de Mora, de la RAS La Libertad.
- ✓ Se conformó la Unidad Funcional de Inteligencia Sanitaria, del CAP II Laredo, del H I Virú – Victor Soles Garcia y de la RAS La Libertad.
- ✓ Se conformó la Unidad local de Gestión de Oportunidad Quirúrgica (UNGOQX) del HBVLE, de la RAS La Libertad.
- ✓ Se conformó el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015 - 2017, del HBVLE, de la RAS La Libertad.
- ✓ Se aprobó el Plan de Respuesta Frente a Desastres 2015 – 2016, del CAP II Guadalupe, del CAP I Limoncarro, del CAP I Cascas, del CM Ascope, del HBVLE, de la RAS La Libertad.
- ✓ Se conformó el Comité Medico de Evaluación de los hijos Mayores de Edad Incapacitados
- ✓ Se reestructuró el Comité de Gestión y Manejo de Residuos Sólidos del H I La Esperanza, de la RAS La Libertad.
- ✓ Se aprobó el Plan de Contingencia Frente a los Efectos del Fenómeno El Niño del H I Moche, de la RAS La Libertad.
- ✓ Se aprobó el Plan de Respuesta Hospitalaria del H II Chocope
- ✓ Se conformó el Comité de Evaluación para la Acreditación – H I La Esperanza, de la RAS La Libertad.
- ✓ Se modificó el Equipo de Autoevaluación de H II Chocope, de la RAS La Libertad.
- ✓ Se conformó el Comité de Prevención y Análisis de Muerte Materna
- ✓ Se conformó el Comité Técnico de Implementación de la Atención Perinatal, de la RAS La Libertad.
- ✓ Se restructuró el Comité Farmacoterapeutico, de la RAS La Libertad.

En el mes de Diciembre

- ✓ Se conformó el Equipo de Mejora Continua del H I Virú – Victor Soles Garcia
- ✓ Se conformó el Comité de Dengue del Dpto. de Medicina del HBVLE, de la RAS La Libertad.
- ✓ Se dio a conocer al veedor del Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo del Sindicato Centro Unión de Trabajadores – HBVLE, de la RAS La Libertad.
- ✓ Se conformó Junta de Evaluación Médica para Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Médica del H I La Esperanza, de la RAS La Libertad.
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria de Enfermería, del HBVLE, del H I Virú – Victor Soles Garcia, del HAC Virgen de la Puerta, de la RAS La Libertad.
- ✓ Se conformó el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo CM Casa Grande, de la RAS La Libertad.
- ✓ Se aprobó el Plan de Seguridad de Atención del Paciente del Servicio de Emergencia del HBVLE, de la RAS La Libertad
- ✓ Se reconformó el Comité de Reforma de Vida del CAP III Metropolitano, de la RAS La Libertad.
- ✓ Se conformó el Comité Técnico para el Seguimiento y Control de los Procesos de Atención Pre Natal – CM Casa Grande, de la RAS La Libertad.
- ✓ Se conformó el Comité de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna del H I Moche, de la RAS La Libertad.

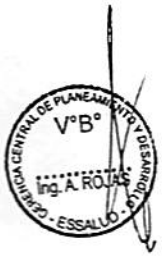
Principales Gastos Logísticos (PAC – 2015)

Descripción (*)	Tipo de proceso	Valor estimado S/.
Contratación el servicio de transporte programa turismo social -CAM- RAS La Libertad	ADS	96,200.00

Red Asistencial LA LIBERTAD
24. V Curso de Actualización en Farmacología, dirigido a 120 participantes (S/. 3,000) 25. Gestión Publica Hospitalaria, dirigido a 75 participantes (S/. 1,500) 26. Inteligencia emocional y Clima Laboral, dirigido a 100 participantes (S/. 600) 27. Parto Vaginal dirigido a profesionales médicos de los H I y Policlínicos, dirigido a 150 participantes (S/. 2,760) 28. Capacitación en Buenas Practicas en la Atención Materna, dirigido a 250 participantes (S/. 4,000)



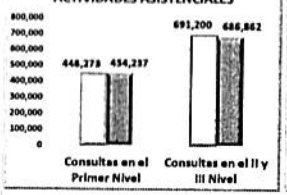


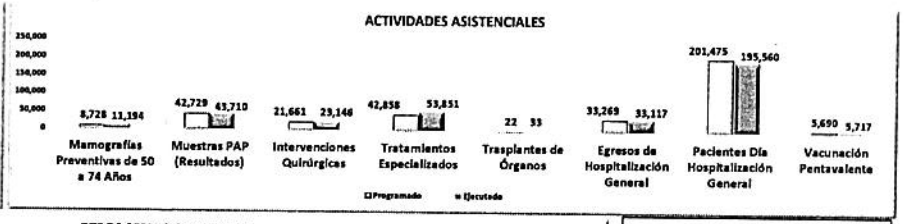


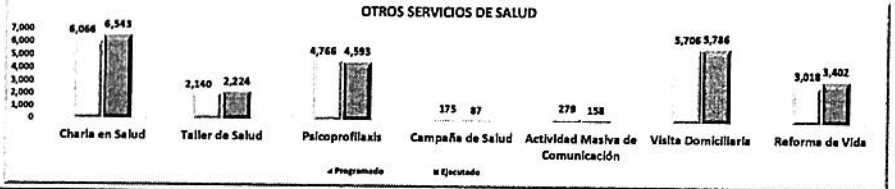
Evaluación del Plan Operativo Institucional 2015 - Desagregado
Red Asistencial LAMBAYEQUE

ACTIVIDADES OPERATIVAS - ASISTENCIALES

	PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD	UNIDAD DE MEDIDA	AL IV Trimestre		Cumplimiento %
			Programado	Ejecutado	
1	Consultas en el Primer Nivel	Consultas	448,273	454,237	101%
2	Consultas en el II y III Nivel	Consultas	691,200	686,862	99%
3	Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años	Mamografías preventivas con resultado	8,728	11,194	128%
4	Muestras PAP (Resultados)	Examenes PAP con resultado	42,729	43,710	102%
5	Intervenciones Quirúrgicas	Intervenciones Quirurgicas	21,661	23,146	107%
6	Tratamientos Especializados	Tratamientos Especializados	42,858	53,851	126%
7	Trasplantes de Órganos	Trasplantes	22	33	150%
8	Egresos de Hospitalización General	Egresos	33,269	33,117	100%
9	Pacientes Día Hospitalización General	Paciente día	201,475	195,560	97%
10	Vacunación Pentavalente	Vacunas (3ª dosis)	5,690	5,717	100%
11	Otros servicios de Salud				
11.1	Charla en Salud	Charlas	6,066	6,543	108%
11.2	Taller de Salud	Sesiones	2,140	2,224	104%
11.3	Psicoprofilaxis	Sesiones	4,766	4,593	96%
11.4	Campaña de Salud	Campañas	175	87	50%
11.5	Actividad Masiva de Comunicación	Eventos	279	158	57%
11.6	Visita Domiciliaria	Visitas	5,706	5,786	101%
11.7	Reforma de Vida	Sesiones	3,018	3,402	113%







Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel >= 100% son: Consultas en el PN (101%), Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años (128%), Muestras PAP (102%), Interv.Qx. (107%), Tratamientos Especializados (126%), Tx. Organos (136%), Egresos de Hospitalización Gral. (100%) y Vacunación Pentavalente (102%).

De las 07 Actividades denominadas Otros Servicios de Salud, cuatro (04) muestran un avance >=100% y dos (02) se encuentran con un nivel de avance menor al 95% siendo estas: Campaña de Salud (92%) y Actividad Masiva de Comunicación (57%).

INICIATIVA DE GESTIÓN	AVANCE POI - 2015	EXCELENTE					Hitos ejecutados				
Actividades	Responsable	Fec. Ini. ReProg	Fec. Fin ReProg	Valor %	Valor ganado	Valor planeado	Indice Plazo Actual	N° HITOS	SI (100%)	NO (0 %)	AVANCE	Cumplimiento %
(15)115.Incrementar la operatividad de las unidades orgánicas relacionadas a la Acreditación de establecimientos de salud	Oscar Vasquez	30-mar	31-dic	100	100	100	1	5	5	0	0	100.00%
(15)116.Implementar estrategias que incrementen la oferta quirúrgica para atender demanda en especialidades con lista de espera mayoritaria	Jose Aguilar	30-mar	31-dic	100	100	100	1	6	6	0	0	100.00%
(15)117.Fortalecer el manejo integral de los Cánceres priorizados	Sergio Bravo	30-mar	31-dic	100	100	100	1	6	6	0	0	100.00%
(15)118.Optimizar la utilización de los recursos de las áreas de Diagnóstico por Imágenes y de Medicina Nuclear del hospital base para fortalecer sus capacidades y disminuir embalse, citas muy diferidas e insatisfacción del usuario.	Julio Chale	30-mar	31-dic	100	100	100	1	6	6	0	0	100.00%
(15)119.Realizar la Vigilancia de la Salud Ocupacional del Trabajador de ESSALUD de los EESS	Arturo Salazar	30-mar	31-dic	100	90.2	100	0.902	6	2	0	4	33.33%
(15)120.Implementar estrategias y acciones para fortalecer el Programa de Prevención y Control de las ITS- VIH / SIDA	Arturo Salazar	30-mar	31-dic	100	89.6	100	0.896	9	8	0	1	88.89%
(15)121.Implementar Acciones para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis	Arturo Salazar	30-mar	31-dic	100	89.92	100	0.8992	12	9	0	3	75.00%
(15)122.Mejorar la capacidad resolutiva, competencias y oferta asistencial en el Primer Nivel de Atención	Arturo Salazar	30-mar	31-dic	100	100	100	1	5	5	0	0	100.00%
Iniciativa de Gestión		30-mar	31-dic	100	96.22	100.00		55	47	0	8	85.45%

1) Se logró categorizar 01 EESS con la Dirección Regional de MINSA- Chota-Cajamarca: Categorización I-2 Posta Médica de Santa Cruz, llegando a un 84% de establecimientos categorizados. Resolución Directoral N° 667-2015 GR/CAJ/DSRS-CH-DG. 2) El MBRP de Chiclayo, está actualmente dependiendo del nivel central y no contaba con código único RENAES, se inscribió como Servicio Médico de Apoyo, su código de acuerdo al Oficio de la Dirección Regional MINSA Lambayeque N° 2906 -GR-LAMBAYEQUE -GERESA- Noviembre 2015. 3) El Policlínico Chiclayo Oeste y H I Ferreñafe funcionan en locales son alquilados.

* Se implementaron 6 proyectos de mejora (Carta N° 04 - OGCCI- OGyD- RAL- JAV-EsSalud- 2016) en el HNAAA (tres) Red periférica (tres): 1) Mejoramiento en el Otorgamiento de Citas en la Consulta Externa – Policlínico Manuel Manrique Nevado. 2) Mejora en la etapa de Segregación en la Eliminación de Residuos Sólidos Hospitalarios – H II -1 Luis Heysen Inchaustegui. 3) Mejoramiento de la Calidad de las Atenciones al Paciente Crítico con Riesgo de Desnutrición Intrahospitalaria – HNAAA. 4) Mejoramiento de la Calidad de las Atenciones al Paciente Crítico con Patología Respiratoria – HNAAA. 5) Mejoramiento de la Calidad de las Atenciones al Pacientes con Patología Mamaria – HNAAA. 6)Mejoramiento de la Atención en la Consulta Externa – H II-1 Chepén.
* Categorización de Posta Médica de Santa Cruz: Resolución Directoral N° 667-2015 GR/CAJ/DSRS CH DG.

1)Carta N° 003-GQ-GRALA-JAV-ESSALUD-2015, las acciones ejecutadas durante el año ha permitido sincerar la lista de espera quirúrgica, depurando 324 pacientes ya operados. 2)Carta N° 595-GQ-GRALA-JAV-ESSALUD-2015, se informa que se capacito a personal de MOPRI de EESS en manejo del SGH.

1) Para incrementar la oferta de atenciones quirúrgicas, se han programados en los meses de setiembre, octubre y noviembre -2015, turnos nocturnos para las especialidades de cirugía general, para cirugía de tipo A y B. 2)Se contó con el apoyo del Dr. Cesar Espejo Núñez, Médico del HN ASS para Cirugía de Cabeza y Cuello (Oct. Nov y Dic 2015). 3) Se ha continuado realizando RPCTQ para reducir la Lista de Espera Quirúrgica, del HNAAA, H II Luis Heysen, H I Chepén; igualmente se han liberado algunos turnos quirúrgicos para dar pase a un operativo de trasplante cadavérico (27-10-2015).

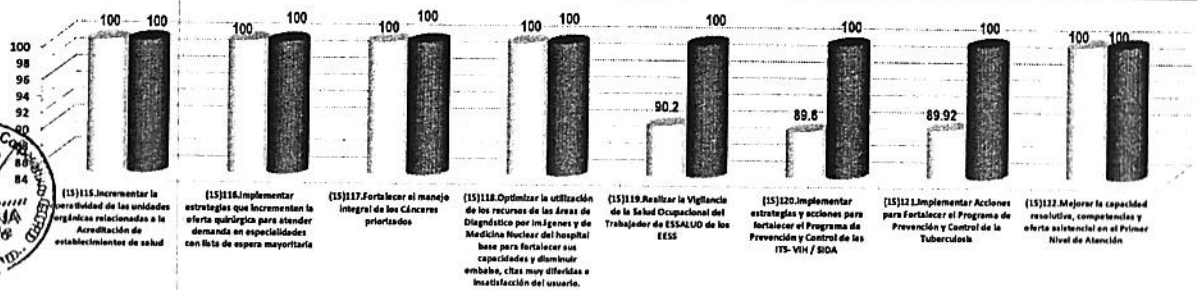
1) Carta N° 243-GQ-2015, se informa: Cá. priorizados en hombres y mujeres: Cá.Mama, Cá.Cuello Uterino, Leucemia, Cá.Próstata, Cá. Pulmón, Cá. Estómago y Cá.Colon. Difusión de protocolos y GPC de atención de canceres priorizados a nivel de Red. 2) Carta N° 1555-JDADYT-2015, se determinó el número exacto de días de diferimiento de citas por tipo de examen: Ecografía, Tomografía, Resonancia Magnética y densitometría = 90 días c/u; Mamografía, Radiografía simple y radiografía contrastado = 60 días c/u.

A fin de realizar la Vigilancia de la Salud Ocupacional del Trabajador de EsSalud de los EESS, se realizaron las siguientes acciones: 1) Mediante Resolución N° 437-GRALA-JAV-EsSalud-2015. 2) Se realizó el diagnóstico de los Riesgos Ocupacionales a los que está expuesto la pob.laboral de la Red, para ello se tiene la identificación de peligros y evaluación de riesgos en el Serv.de Diálisis Peritoneal del HNAAA (Carta N°1055). 3) La Oficina de RRHH de la Red elaboró el Plan de Implementación de la Directiva N°01-GG-EsSalud-2013: "Examen Médico Ocupacional para el personal de EsSalud" (Carta N° 454-OCPyAP).

Se elaboraron las especificaciones técnicas para la adquisición de pruebas rápidas y equipamiento para los EE.SS de la Red Asistencial, con la finalidad de implementar estrategias y acciones para fortalecer el Programa de Prevención y Control de las ITS- VIH / SIDA (Carta N° 1055-OCPyAP-AP, donde se solicita compra urgente de kits de prueba rápida para la detección de VIH 1 y 2 para los EESS de la RAL).

1) Carta N° 031-OCPyAP: Se llevaron a cabo 03 Reunión técnica de evaluaciones trimestrales de Indicadores Operacionales, Epidemiológicos y Desempeño de la Estrategia de TB, quedo pendiente realizar la cuarta reunión. Se supervisaron 11 de 23 EESS programadas. Carta N° 053-ORI, Plan de Comunicación de la Campaña de Prevención de la Tuberculosis 2015, de la RAS. 2)Carta N° 1055-OCPyAP-INS, se informó sobre la suspensión indefinidamente del abastecimiento de prueba Tuberculina y que los productos de Francia y Canadá no cuentan con disponibilidad a fecha.

1) Carta N° 1055-OCPyAP, se comparte el link accede a GPC del PNA: Medicina General, Inmunizaciones, CRED, Salud bucal, Salud sexual y reproductiva 2)Carta N°031-OCPyAP, se informa: -Culminación de las capacitaciones con el Foro por el Día Mundial contra el SIDA, realizada el 04-12-2015.- Gestiones realizadas para el contrato de recursos humanos para la RAS.- Se adquirieron equipos y recursos estratégicos.





V°B° Ing. A. ROJAS

V°B° Econ. A. Verástegui Subgerente

V°B° V. REYNA Gerente

Patron de Comportamiento de los Indicadores del POI - FONAFE de la Red Asistencial LAMBAYEQUE

1. Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva del I Nivel de Atención	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Ratio	0.64	0.65

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

2. Diferimiento de Citas Consulta Externa pacientes referidos del I al III Nivel	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Días	15	15

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

3. Promedio de Permanencia en Hospitalización General	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	[illegible]	5.26	5.26

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

4. Porcentaje de Pacientes en Sala de Observación < = 24 Horas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Porcentaje (%)	80.96%	80.96%

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

5. Tiempo de Espera de Intervención Quirúrgica	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Días	45	45

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

6. Cobertura de Tamizaje de Cancer de Cuello Uterino	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Cobertura (%)	30.00%	26.52%

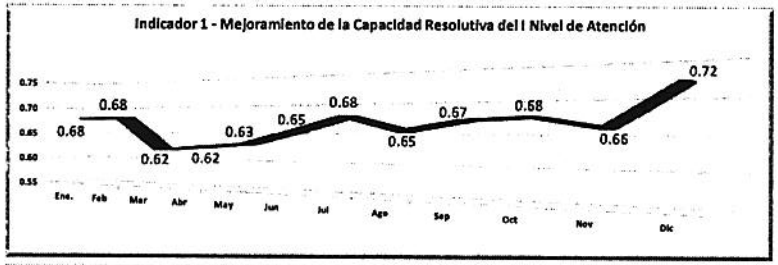
Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

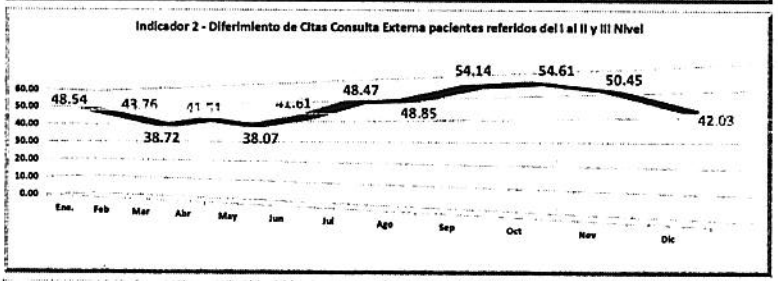
7. Cobertura de Tamizaje de Mamografías Preventivas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Cobertura (%)	21.80%	14.38%

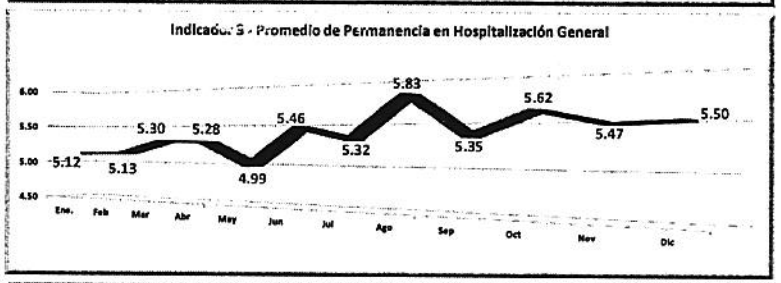
Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

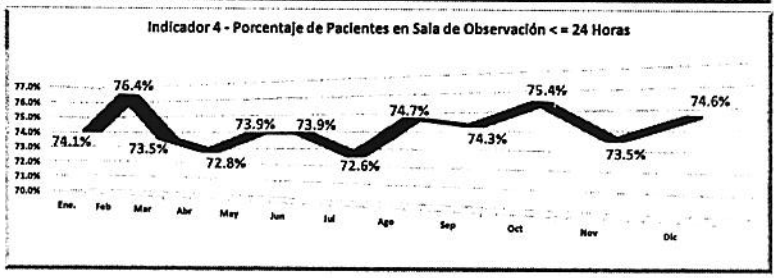
8. Cobertura de Vacunación Pentavalente (3era dosis)	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Cobertura (%)	80.00%	68.06%

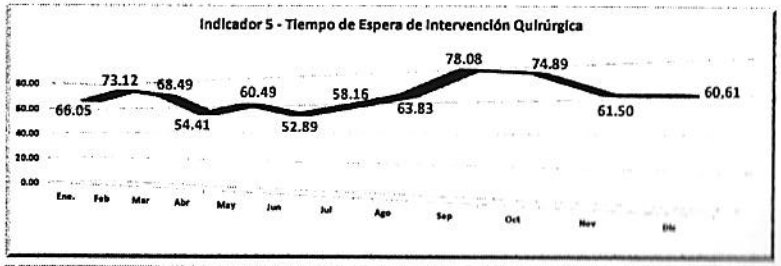
Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

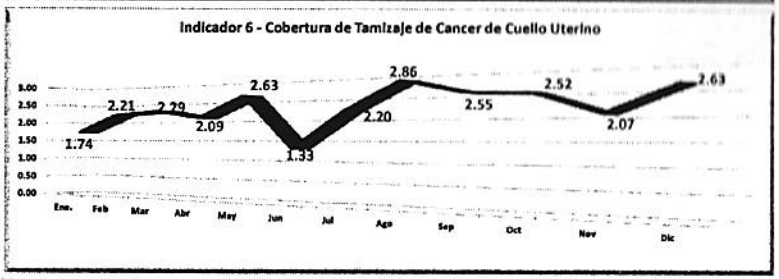


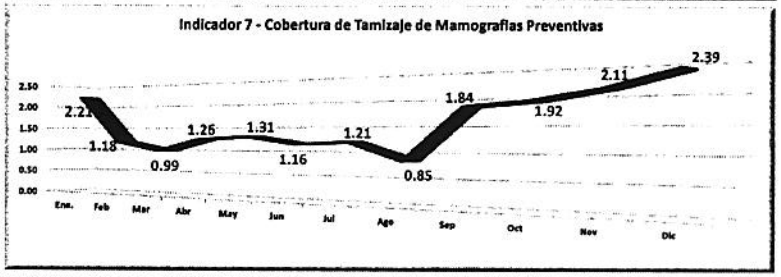


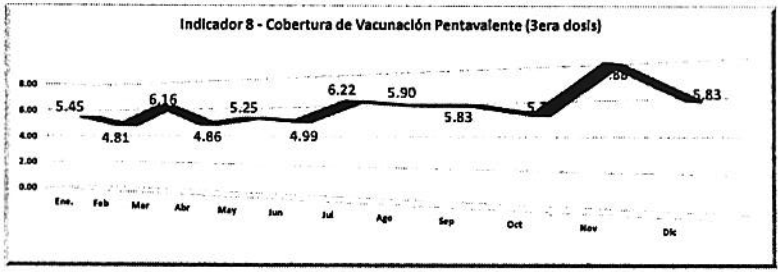












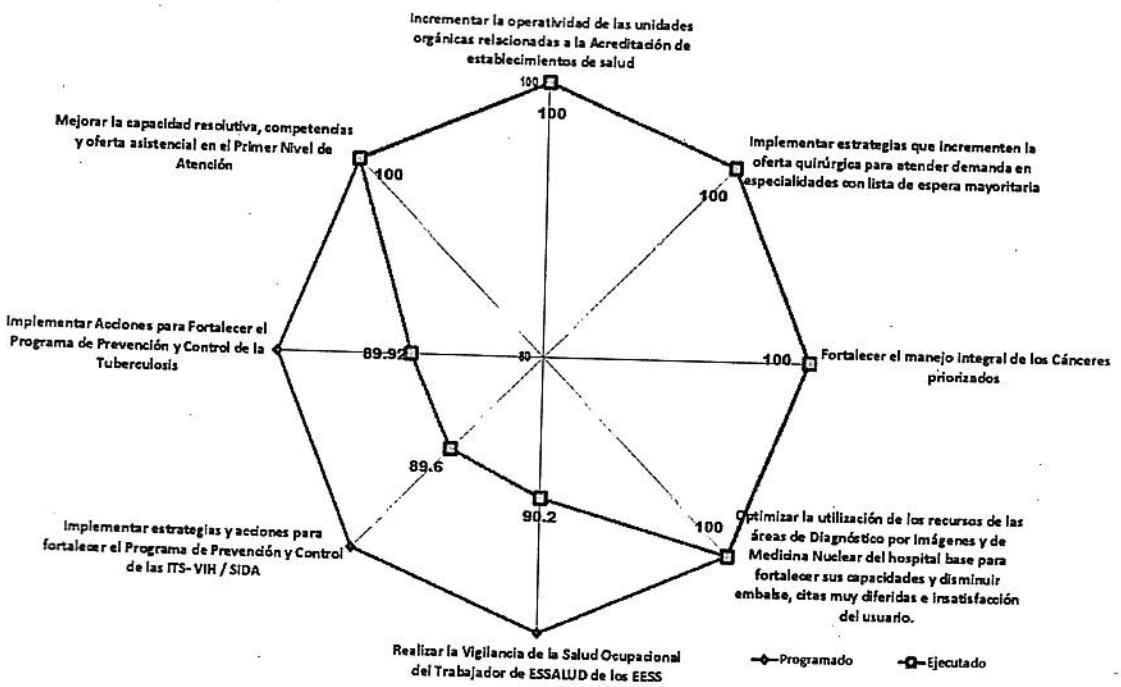
V°B° Ing. A. ROJAS - ESSALUD

V°B° V. REYNA Gerente - ESSALUD

V°B° Econ. A. Verástegui SubGerente - ESSALUD

Red Asistencial LAMBAYEQUE

Actividades Desarrolladas para el cumplimiento de la Iniciativas de Gestión



Para: Incrementar la operatividad de las unidades orgánicas relacionadas a la Acreditación de establecimientos de salud

- ✓ Mediante correo institucional del 08-09-2015, la Oficina de Administración confirmo asignación presupuestal para la categorización de los EESS de la RAS Lambayeque.
- ✓ Mediante Carta N° 240-OGCyCI-RAL-JAV-2015, se presentó las solicitudes requiriendo la verificación sanitaria de los establecimientos faltantes para la categorización y/o recategorización de establecimientos ante Gerencias Regionales de Salud de Gobiernos Regionales de Lambayeque y Cajamarca. Terminada Actas y Oficio N 1449-MINSA.
- ✓ Mediante Carta N° 591-OGCyCI-RAL-JAV-2015, 21 de los 25 establecimientos categorizados de acuerdo a norma técnica categorización, MINSA NO CUMPLIO con el cronograma para supervisar, en los establecimientos de la Red el cumplimiento de los requisitos expuestos en la norma técnica de categorización; para los CAS faltantes pese a haber solicitado por Carta.
- ✓ Mediante Carta 591-OGCyCI-RAL-JAV-2015, se informa sobre la conclusión del proceso de autoevaluación 2015. Se levantó las observaciones a los informes de autoevaluación de: HNAAA, Heysen, Naylamp, Chipén, Jaén y Ferreñafe.
- ✓ Mediante Carta N° 240-OGCyCI-RAL-JAV-2015, se informa sobre inscribir los establecimientos categorizados y recategorizados ante la GERESA- GR y la SUNASA. Registro Nacional de Establecimientos actualizada. Terminada.
- ✓ Incumplimiento de la programación de la Dirección Regional de Salud Lambayeque- MINSA para la categorización de los establecimientos HNAAA, Ferreñafe, Naylamp (se inició la visita de verificación pero no se concluyó), Chiclayo Oeste. Asimismo se solicitó las licencias para funcionamiento de las farmacias para el HNAAA, Ferreñafe, Chiclayo Oeste lo que no fue atendida.
- ✓ No hubo disponibilidad presupuestal en red para levantar observaciones de las autoevaluaciones internas realizadas en los establecimientos; señalización, certificados de defensa civil (cumplimiento requisitos, planos no firmados), no se obtuvo las licencias de equipos de RX por IPEN tramitado por el Departamento de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento, material estratégico en forma completa, equipos biomédicos, camas sin barandas, mejoramiento de infraestructura, cumplir con mantenimiento preventivo, material disponible para efectivizar

normas de bioseguridad.

- ✓ Los establecimientos Policlínico Chiclayo Oeste y Hospital Ferreñafe funcionan en locales son alquilados.
- ✓ Abastecimiento limitado e inoportuno de material estratégico, medicamentos e insumos, por lo que se solicitó compra locales. No fue incluido en el Plan Anual de Contrataciones 2015 por parte de la Unidad de Programación de la Oficina de Logística (bienes estratégicos: med, lab, RX, material médico) de la RAS Lambayeque.
- ✓ Se programó categorizar 5 IPRESS, sólo se logró categorizar un establecimiento con la Dirección Regional de MINSA- Chota-Cajamarca: Categorización I-2 Posta Médica de Santa Cruz, llegando a un 84% de establecimientos categorizados. Resolución Directoral Nº 667-2015 GR/CAJ/DSRS-CH-DG.
- ✓ El Módulo Básico de Rehabilitación Profesional de Chiclayo, está actualmente dependiendo del nivel central y no contaba con código único RENAES acción que se llevó a cabo por parte de la Red: se inscribió como Servicio Médico de Apoyo, obteniéndose el código de acuerdo al Oficio de la Dirección Regional MINSA Lambayeque Nº 2906 -GR-LAMBAYEQUE -GERESA- Noviembre 2015.
- ✓ Se reiteró que se dé cumplimiento al cronograma de Categorización a la Región de Salud de Lambayeque. Cartas 533, 540-OGCCI-OGYD-JAV-ESSALUD-2015 NIT 158-2015-35. NIT 1298-2015-14347, no obteniendo respuesta del MINSA.
- ✓ De acuerdo al seguimiento de las autoevaluaciones de establecimientos se implementaron seis proyectos de mejora (Carta N° 04 - OGCCI- OGyD- RAL- JAV-EsSalud- 2016. NIT 042-2013-708): HNAAA (tres) Red periférica (tres):
  - Mejoramiento en el Otorgamiento de Citas en la Consulta Externa – Policlínico Manuel Manrique Nevado.
  - Mejora en la etapa de Segregación en la Eliminación de Residuos Sólidos Hospitalarios – H II -1 Luis Heysen Inchaustegui.
  - Mejoramiento de la Calidad de las Atenciones al Paciente Critico con Riesgo de Desnutrición Intrahospitalaria – HNAAA.
  - Mejoramiento de la Calidad de las Atenciones al Paciente Critico con Patología Respiratoria – HNAAA.
  - Mejoramiento de la Calidad de las Atenciones al Pacientes con Patología Mamaria – HNAAA.
  - Mejoramiento de la Atención en la Consulta Externa – H II-1 Chepén.
- ✓ Oficio de la Dirección Regional MINSA Lambayeque Nº 1449 - 2015-GR-LAMBAYEQUE -GERESAL- DESIP-SS-CC. Registro de Documento 1929788. Registro de expediente: 1583260. Programación de establecimientos MINSA.
- ✓ Categorización de Posta Médica de Santa Cruz: Resolución Directoral Nº 667-2015 GR/CAJ/DSRS.CH.DG.
- ✓ Oficio de la Dirección Regional MINSA Lambayeque Nº 2906 -GR-LAMBAYEQUE -GERESA- Noviembre 2015.
- ✓ Cartas 533–OGCCI-OGYD-JAV-ESSALUD-2015 (NIT-158-2015-35). Carta Nº 540-OGCCI-OGYD-JAV-ESSALUD-2015 NIT 1298-2015-14347, no obteniendo respuesta del MINSA.

Para: Implementar estrategias que incrementen la oferta quirúrgica para atender demanda en especialidades con lista de espera mayoritaria

- ✓ Mediante Carta N° 003-GQ-GRALA-JAV-ESSALUD-2015, se tiene que, de las acciones ejecutadas durante el año se ha logrado sincerar la lista de espera quirúrgica, depurando 324 pacientes ya operados.
- ✓ Carta N° 595-GQ-GRALA-JAV-ESSALUD-2015, se informa que se capacito a personal de MOPRI de EESS en manejo del SGH. Cada vez que se tiene actualización en el sistema, se coordina y capacita al personal responsable.
- ✓ Mediante Carta N° 004 GQ-GRALA-JAV-ESSALUD-2015, se informa sobre las actividades de priorización de la lista de espera quirúrgica crítica para pronta atención y se continuará coordinando.
- ✓ Mediante Carta N° 598-GQ-GRALA-JAV-ESSALUD-2015, se informó sobre la implementación del RPCT quirúrgico en el horario de 10 pm a 2 am para desembalse, Implementado a nivel de Red.
- ✓ Mediante Carta N°1551-GQ-GRALA-JAV-ESSALUD-2015, del 02-12-2015, se informa que: "Se realizaron actividades coordinadas con jefes de servicios para viabilizar, optimizar y evitar suspensión de cirugías". Estrategia: Optimizar en el HNAAA el turno diurno (12 horas) de Especialidades con intervenciones de menor duración a turno nocturno, liberando turno diurno para especialidades con intervenciones más complejas que requieran apoyo de UCI.
- ✓ Para incrementar la oferta de atenciones quirúrgicas, se han programados en los meses de setiembre, octubre y noviembre -2015, turnos nocturnos para las especialidades de cirugía general, para cirugía de tipo A y B.
- ✓ De las coordinaciones efectuadas se contó con el apoyo del Dr. Cesar Espejo Núñez, Médico del HN ASS para Cirugía de Cabeza y Cuello (Oct. Nov y Dic.2015).
- ✓ Se ha continuado realizando RPCTQ para reducir la Lista de Espera Quirúrgica, del HNAAA, H II Luis Heysen, H I Chepén; igualmente se han liberado algunos turnos quirúrgicos para dar pase a un operativo de trasplante

cadavérico (27-10-2015)

- ✓ Se visitó a todos los Servicios Quirúrgicos coordinándose para que con apoyo de personal Administrativos y Asistenciales, se hagan las llamadas directamente a los pacientes a fin de conocer su situación actual de las intervenciones quirúrgicas pendientes, esta acción ha permitido hacer una depuración, así como, sincerar la lista de espera quirúrgica que a la fecha tiene un promedio de 65 días en tiempo de espera en el HN AAA y a nivel de Red de 62 días (Carta N° 010-GQ-GRALA-JAV-ESSALUD-2015).

Para: Fortalecer el manejo integral de los Cánceres priorizados

- ✓ Mediante Carta N° 243-GQ-GRALA-JAV-ESSALUD-2015, se informa:
  - Canceres priorizados en hombres y mujeres: cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, leucemia, cáncer de próstata, cáncer del pulmón, cáncer de estómago y cáncer de colon.
  - Difusión de protocolos y Guías de Práctica Clínica de atención de canceres priorizados a nivel de Red.
- ✓ Mediante Carta N° 652-GQ-GRALA-JAV-ESSALUD-2015, se informó que la USAT:
  - Curso de capacitación para MÉDICOS, de establecimientos con población adscrita, en tópicos relacionados a identificación primaria del cáncer y su prevención.
  - Curso de capacitación a otros PROFESIONALES DE LA SALUD, de establecimientos con población adscrita, en tópicos actualizados sobre Promoción de la salud relacionada a reducir la probabilidad de contraer cáncer.
- ✓ Mediante Carta N° 002-GC, se informa que:
  - Se realizaron actividades tendientes a disminuir la incidencia de cáncer; asimismo se instaló un mamógrafo 3D para diagnóstico certero
  - Se priorizó la programación y asignación de citas de consulta ambulatoria y de ayuda al diagnóstico a pacientes con sospecha de cáncer y a pacientes con cáncer confirmado; en éstos últimos otorgar tratamiento oportuno con código rojo para atención preferencial.
- ✓ Programación y realización de actividades educativas relacionadas a la prevención del cáncer.
- ✓ Priorización en la atención del paciente oncológico en atenciones de la consulta externa.
- ✓ Facilitación del paciente oncológico para ser evaluado por diversas especialidades flexibilizado las referencias
- ✓ Se recomienda dar más énfasis en los niveles primarios de atención: mejoramiento en estilos de vida, en relación a educación de nutrición (modificación de dieta), para disminuir el riesgo de cáncer.
- ✓ Se recomienda campañas de detección de factores de riesgo de cáncer, así como medidas de intervención para disminuir su impacto

Para: Optimizar la utilización de los recursos de las áreas de Diagnóstico por Imágenes y de Medicina Nuclear del hospital base para fortalecer sus capacidades y disminuir embalse, citas muy diferidas e insatisfacción del usuario.

- ✓ Mediante Carta N° 1035-JDADYT-HNAAA-ESSALUD-2015, se entregó el diagnostico cualitativo y cuantitativo, e indicadores de positividad según área de servicios.
- ✓ Mediante Carta N° 1555-JDADYT-HNAAA-ESSALUD-2015, se determinó el número exacto de días de diferimiento de citas por tipo de examen: Ecografía, Tomografía, Resonancia Magnética y densitometría = 90 días c/u; Mamografía, Radiografía simple y radiografía contrastado = 60 días c/u.
- ✓ Mediante Carta N° 324-JSDIYMN-HBAAA-ESSALUD-15, del 25-11-2015, la Jefatura del Servicio manifiesta que brinda aceptación para continuar con el desdentado médico teniendo en cuenta que cada vez se amplía el Servicio Diagnóstico por Imágenes con equipos de Rayos X de Alta Tecnología.
- ✓ Que el Servicio de Diagnóstico por Imágenes cuenta con 12 médicos especialistas.
- ✓ El abastecimiento de material radiológico del Diagnóstico por Imágenes, actualmente se encuentra encargado el Coordinador Tecnólogo, Alejandro Rentería Vinces.
- ✓ Mediante Carta N°326-JSDIYMN-HBAAA-ESSALUD-15, del 26-11-2015, se indica que los informes de Mamografía han sido tercerizados.
- ✓ Mediante Carta N°355-JSDIYMN-HBAAA-ESSALUD-15, del 25-11-2015, el Jefe de Servicio manifiesta que en relación de la priorización y abastecimiento de material radiológico, de los meses de Noviembre y Diciembre-2015 está a cargo del Tecnólogo Médico, Alejandro Rentería Vinces, por contar con Resolución N°1137-GCGP-Essalud-2015, designado como Coordinador responsable en sus horas administrativas de controlar, revisar y ejecutar los pedidos del material radiológico de todas las áreas que conforman el Servicio.
- ✓ Mediante Carta N° 291-JSDIYMN-HBAAA-ESSALUD-15, del 22-10-2015, se adjunta la programación de insumos y material radiológico del Servicio para el año 2016.

Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo - ESSALUD - V°B° Ing. A. ROJAS

Gerencia de Planeamiento Corporativo-GCPD - ESSALUD - V°B° V. REYNA Gerente

Sub Gerencia de Control y Evaluación de la Gestión-GPCGCPD - ESSALUD - V°B° Econ. A. Verástegui Sub Gerente

Red Asistencial LAMBAYEQUE

Para: Realizar la Vigilancia de la Salud Ocupacional del Trabajador de ESSALUD de los EESS

- ✓ Mediante Resolución N° 437-GRALA-JAV-ESSALUD-15, se conformó el Equipo de Trabajo de Salud Ocupacional (13-04-2015).
- ✓ Mediante Carta N° 031-OCPyAP-RAL-ESSALUD-2015, se informa sobre el Diagnóstico de los Riesgos Ocupacionales a los que está expuesto la población laboral de la RAS Lambayeque; habiendo sido programado para 6 hospitales de los cuales solo a 5 lograron evaluar los riesgos.
- ✓ Mediante Carta N°454-OCPyAP-RAL-ESSALUD-2015, se informa que la Oficina de RRHH de la RAS Lambayeque, elaboró el Plan de Implementación de la Directiva N °01-GG-EsSalud-2013: "Examen Médico Ocupacional para el personal de EsSalud".
- ✓ Mediante Carta N° 031-OCPyAP, CEPRIT indica que a Diciembre se han hecho llegar información sobre control pre vacacional del 88% de establecimientos.
- ✓ Informe de identificación de peligros y evaluación de riesgos del HNAAA en el Servicio de Diálisis Peritoneal
- ✓ El Líder de esta iniciativa estuvo liderando los procesos relacionados al Fenómeno el Niño (planes de contingencia, planes de respuesta, visitas de supervisión y asesoría técnica, entre otros), que disminuyeron sus horas efectivas para la labor de evaluación de salud ocupacional.

Para: Implementar estrategias y acciones para fortalecer el Programa de Prevención y Control de las ITS-VIH / SIDA

- ✓ Mediante Resolución N° 463-GRALA-JAV-ESSALUD-2015, se designó al Coordinador del Programa de ITS-VIH/SIDA y del Comité Técnico Asesor.
- ✓ Mediante Carta N°031-OCPyAP-AP, se informa:
  - Sobre reuniones efectuadas con asistencia de los EESS de la Red (Carta N°776-OCPAP, I semestre y Carta N°168-OAP, III Trimestre).
  - Sobre 04 Reuniones técnicas para evaluaciones trimestrales de indicadores Operacionales, Epidemiológicos y Desempeño de la Estrategia de ITS-VIH/SIDA (1 x trim.), culminado con el Foro por el Día Mundial de Lucha contra el SIDA.
  - Se supervisaron 11 EESS de 23 EESS, siendo una limitante la disponibilidad presupuestal, pese a que ésta sub actividad ya habia sido presupuestada y aprobada.
  - Sobre el desarrollo El Plan Comunicacional propuesto por la Oficina de Relaciones Institucionales en la Universidad de Chiclayo (Carta N°3859-GRALA).
  - Impresión de documentos técnicos y Material Educativo.
  - Se realizó la compra de tiras VIH, para las campañas de despistaje en Universidad de Chiclayo coordinando con el HNAAA.
- ✓ Mediante Carta N° 1055-OCPyAP-AP, se solicitó la compra urgente de kits de prueba rápida para la detección de VIH 1 y 2 para los EESS de la RAL, solicitud atendida y distribuida.
- ✓ Mediante Carta N° 1358-OCPyAP, se informó que la oferta del HNAAA es suficiente para la demanda, por lo que no se requiere la tercerización del servicio de diagnóstico VIH/SIDA (Western Blot, CD4 y Carga Viral).
- ✓

Para: Implementar Acciones para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis

- ✓ Mediante Carta N° 031-OCPyAP, informó:
  - Se llevaron a cabo 03 Reunión técnica para evaluaciones trimestrales de indicadores Operacionales, Epidemiológicos y Desempeño de la Estrategia de TB, quedo pendiente realizar la cuarta reunión.
  - Se supervisaron 11 EESS de 23 EESS programadas, siendo una limitante la disponibilidad presupuestal, pese a que esta sub actividad ya había sido presupuestada y aprobada".
  - Mediante Carta N° 053-ORI, se emite el Plan de Comunicación de la Campaña de Prevención de la Tuberculosis 2015, de la RAS Lambayeque
  - Asistencia Técnica en formación de facilitadores en control de Infecciones para Tuberculosis 29 y 30-09-2015 (Carta N°142-OAP)
  - Asistencia Técnica al personal de Laboratorio de TB el 02-10-2015 (Carta N° 143-OAP)
  - La OCPAP solicitó a los Directores de los EESS de la RAS la aplicación de la Matriz de Identificación de Peligros y Evaluación de Riesgos.
  - Se elaboración de las especificaciones técnicas para la adquisición de unidades recolectoras de muestra y cajas de trasporte de muestras para los EE.SS de la RAS.
  - Se propuso el mejoramiento y acondicionamiento de los ambientes TB.
- ✓ Mediante Carta N° 1055-OCPyAP-INS, se informó sobre la suspensión indefinidamente del abastecimiento de prueba Tuberculina y que los productos de Francia y Canadá no cuentan con disponibilidad a fecha.

Red Asistencial LAMBAYEQUE

- ✓ Mediante Carta N° 1358-OCPyAP, se hace de conocimiento de la asistencia técnica de formación de médicos consultores en TB desarrollada el 29 y 30-09-2015. Así mismo, se solicitó la confección de dípticos, afiches, volantes y fólderes como parte material educativo para la Red y la impresión de documentos técnicos y material educativo.

Para: Mejorar la capacidad resolutiva, competencias y oferta asistencial en el Primer Nivel de Atención

- ✓ Mediante Carta N° 1055-OCPyAP, se comparte el link a directores EESS donde se accede a GPC del PNA: Medicina General, Inmunizaciones, CRED, Salud bucal, Salud sexual y reproductiva
- ✓ Mediante Carta N°031-OCPyAP, se informa:
  - Culminación de las capacitaciones con el Foro por el Día Mundial contra el SIDA, realizada el 04-12-2015.
  - Gestiones realizadas para el contrato de recursos humanos para la Red Asistencial Lambayeque en concursos de selección próximos.
  - Se adquirieron equipos y recursos estratégicos.
  - Sobre el seguimiento efectuado para medir la operatividad de los equipos de los EESS de la RAL de acuerdo al Plan de Mantenimiento.

Gestión de la RAS

En el mes de Enero

- ✓ Se designó a los Miembros del Comité de Auditoria Odontológica de la RAS Lambayeque

En el mes de Febrero

- ✓ Se aprobó la Guía de Prevención de Trombosis Venosa Profunda
- ✓ Se conformaron los Comités Médicos de Auditoria de Incapacidades – COMAI, en la RAS Lambayeque
- ✓ Se designó a los Miembros del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente y Comité de Rondas de Seguridad del H II - Jaén

En el mes de Marzo

- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Medica: en el Policlínico Chiclayo Oeste, H II Luis Heysen Inchaustegui, H I Jaén, H I Agustín Arbulú Neyra, H I Naylamp, H II Chepen, Policlínico Agustín Gavidia Salcedo, CAP III Manuel Manrique Nevado, CAP III Carlos Castañeda Iparraguirre de la RAS Lambayeque
- ✓ Se conformaron: Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, Comité de Seguridad y Salud para el Trabajo, Comité de Salud de la Madre Gestante, Comité del Niño – Adolescente, Comité de Emergencia, Comité de Atención Primaria, Comité de Trasplante y Donación de Órganos y Tejidos de Pacientes, Comité Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias, Comité Salud Ambiental, Comité Farmacológico, Comité de Acreditación centro asistencial, Comité de Auditoria Odontológica, del CAP III Chiclayo Oeste de las RAS Lambayeque
- ✓ Se conformó el Comité Rondas de Seguridad CAP III Manuel Manrique Nevado-MMM
- ✓ Se conformó el Comité de Trasplante de Órganos y Tejidos de la RAS Lambayeque.
- ✓ Se conformó Comité de Calidad y Seguridad del Paciente H I Naylamp
- ✓ Se conformó: Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, Comité Farmacológico, Comité de Ética, Comité Perinatal, Comité Local Eventos Centinela, Comité Local de Quejas Sugerencias o Imagen Institucional, Comité de Rondas de Seguridad, Comité de Control de CITTS-COMAI, Comité Multidisciplinario para Seguimiento y control de Paciente con ITS VIH/SIDA, Comité de Autoevaluación y Acreditación, Comité de Defensa Civil, Comité de Trasplante y Donación de Órganos y Tejidos, Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo, Comité de Bioseguridad, del H I Agustín Arbulú Neyra de la RAS Lambayeque
- ✓ Se conformó el Comité de Ética en Investigación, el Comité Farmacológico del H II Chepen
- ✓ Se conformó: Comité Farmacológico, Comité de Infecciones Intrahospitalarias y el Comité Equipo de Mejora del H II Luis Heysen Inchaustegui
- ✓ Se conformó el Comité de Eventos Centinela, Comité Farmacológico, Comité de Farmacovigilancia, Comité Seguridad y Salud en el Trabajo, Comité Medico de Control, Comité de Ética, Comité de Infecciones Intrahospitalarias y el Comité de Residuos Sólidos del H II Jaén
- ✓ Se conformó el Comité Farmacovigilancia y el Comité de Hospitalización de la RAS Lambayeque
- ✓ Se conformó el Comité de Infecciones Intrahospitalarias, Comité de Acreditación y Comité de Hospitalización del H I Naylamp
- ✓ Se conformó Comité de Historias Clínicas CAP III Manuel Manrique Nevado
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Odontológica del HNAAA

En el mes de Abril

- ✓ Se conformó el Comité de Hospitalización del HNAAA

V°B° Ing. A. ROJAS ESSALUD

V°B° V. REYNA Gerente ESSALUD

V°B° Econ. A. Verástegui SubGerente ESSALUD

Red Asistencial LAMBAYEQUE

- ✓ Se conformó el Comité Medico de Calificación de Incapacidades CAP III Chiclayo Oeste
- ✓ Se conformó el Comité Técnico de Acuerdos y Compromisos de Gestión 2015 de la RAS Lambayeque
- ✓ Se conformó el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente CAP III MMN
- ✓ Se conformó el Equipo de Trabajo de Salud Ocupacional de la RAS Lambayeque
- ✓ Se conformó el Comité de Investigación de la RAS Lambayeque
- ✓ Se conformó el Comité Institucional de Historias Clínicas en los CAS de la RAS Lambayeque
- ✓ Se conformó el Comité Nacional de VIH-SIDA 2015 de la RAS Lambayeque
- ✓ Se aprobó el Plan de Respuesta Ante Situaciones de Emergencias y Desastres del HNAAA
- ✓ Se conformaron: el Comité Institucional de Historias Clínicas, Comité de Auditoria Medica, Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo, Comité Perinatal, Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, Comité de Referencia y Contrarreferencia, Comité Farmacológico, Comité de Control de Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo, Comité de Trasplante de Órganos y/o Tejidos Humanos del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la RAS Lambayeque
- ✓ Se aprobó la GPC "Prevención de Trombosis Venosa Profunda" del servicio de Anestesiología – 2015, del HNAAA
- ✓ Se conformó el Comité de Acreditación del HNAAA
- ✓ Se conformó: Comité Seguridad y Defensa Institucional, Comité de Vigilancia Epidemiológica, Comité de Capacitación, Investigación y Docencia, Comité de Farmacovigilancia, Comité de Auditoria CITT, Comité de Auditoria Medica, Comité de Notificación Procesamiento y Análisis de Incidentes y Eventos Adversos, del CAP III Manuel Manrique Nevado de la RAS Lambayeque
- ✓ Se designó a los Miembros integrantes del Grupo de Trabajo encargado de promover el Código de Ética de la RAS Lambayeque
- ✓ Se ratificó/renovó a los integrantes del Comité Técnico Quirúrgico del HNAAA de la RAS Lambayeque - 2015.

En el mes de Mayo

- ✓ Se aprobó el Plan Anual de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente del H II Luis Heysen Inchaustegui
- ✓ Se constituyó el Sub Comités de Implementación del Sistema de Control Interno - SCI, en los ODCs y Avances en la Implementación en la RAS Lambayeque
- ✓ Se conformó el Comité de Cultura y Donación de Órganos y tejidos – 2015, de la RAS Lambayeque
- ✓ Se conformó el Comité Técnico de Formulación del Plan Director de Inversiones de la RAS Lambayeque

En el mes de Junio

- ✓ Se aprobó el Manual de Procedimientos del Servicio de Neumología del HNAAA
- ✓ Se aprobó el Plan de Trabajo para elaborar el Diagnostico del Sistema de Control en la RAS Lambayeque
- ✓ Se designaron a los integrantes del Comité Farmacoterapeutico de la RAS Lambayeque
- ✓ Se aprobó el Plan de Operaciones de Emergencias de la RAS Lambayeque
- ✓ Se aprobó el Plan de Respuesta Hospitalaria del HNAAA

En el mes de Julio

- ✓ Se aprobó el Plan de Implementación de Medición de los Indicadores de Mortalidad Materna e Infecciones Intrahospitalarias de la RAS Lambayeque.
- ✓ Se aprobó: el Manual de Procedimientos Servicio de Centro Quirúrgico, Recuperación y Terapia del Dolor, Manual de Procedimiento Asistenciales de Enfermería del Servicio de Psiquiatría y Hospital de Día y el Manual de Procesamientos de Enfermería del Servicio de Geriatría del HNAAA
- ✓ Se designó al Médico de Control CITT del H II Chepen de la RAS Lambayeque
- ✓ Se aprobaron las GPC del Servicio de Otorrinolaringología del departamento de Cirugía II del HNAAA

En el mes de Agosto

- ✓ Se conformó el Comité Especial para el cumplimiento de los Lineamientos para la Cruzada por la Humanización de la Atención en Salud EsSalud 2015
- ✓ Se aprobó los Manuales de Procedimientos Asistenciales del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación Departamento de Medicina II del HNAAA del RAS Lambayeque
- ✓ Se aprobó: la GPC Manejo de Leucemia Linfoblastica Aguda en Pediatría, del Servicio de Hematología, la GPC del Servicio de Emergencia del HNAAA
- ✓ Se aprobó el Manual de Procedimientos: "Administrativos de Enfermería del Servicio de Emergencia - HNAAA" y "Asistenciales de Enfermería del Servicio de Emergencia - HNAAA"
- ✓ Se aprobó el Plan Anual de la Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente del CAP III Manuel Manrique Nevado
- ✓ Se aprobó el Manual de Procedimientos de Enfermería del Servicio de Medicina Interna, Manual de Procedimientos de Enfermería del Servicio de Neurología del HNAAA - 2015

En el mes de Setiembre

- ✓ Se designó a los miembros del Comité de Supervisión de Hemodiálisis por Terceros de la RAS Lambayeque

V°B° Ing. A. ROJAS

V°B° V. REYNA Gerente

V°B° Econ. A. Verástegui SubGerente

Red Asistencial LAMBAYEQUE

- ✓ Se constituyó el Sub Comité de Implementación del Sistema de Control Interno de RAS Lambayeque - 2015
- ✓ Se aprobó el Protocolo de Diagnóstico Nutricional del Adulto y Adulto Mayor Unidad de Soporte Nutricional - Departamento de Cuidados Críticos del HNAAA Lambayeque
- ✓ Se aprobó: el Manual de Procedimientos de Enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico Recuperación y Terapia del Dolor, el Manual de Procedimientos de Enfermería del Servicio de Cirugía, Ortopedia y Traumatología, así como el Manual de Procedimientos de Enfermería del Servicio de Cirugía General del HNAAA
- ✓ Se designó al Coordinador y Profesionales que conformaran el Equipo de Trasplante Autologo de Progenitores Hematopoyéticas en el HNAAA de la RAS Lambayeque
- ✓ Se aprobó GPC Leucemia Linfoblastica Aguda en Pediatría de la Especialidad de Hematología- 2015 - HNAAA
- ✓ Se conformó el Equipo de Mejoramiento en la Atención Integral a Pacientes con Diabetes Mellitus en el Policlínico Chiclayo Oeste.
- ✓ Se aprobó el Manual de Bioseguridad del HNAAA e IPRESS de la RAS Lambayeque
- ✓ Se constituyó el Circulo por los Derechos y la Humanización en el HI Agustín Arbulú Neyra, H II Chepen, H I Naylamp, H II Luis Heysen Inchaustegui, Servicio de Emergencia y del HNAAA, H I Agustín Arbulú Neyra, H II Chepen, H II Jaén, H I Naylamp
- ✓ Se conformó el Comité de Farmacovigilancia del HI Naylamp, CAP III Carlos Castañeda Iparraguirre,
- ✓ Se aprobó el Plan Anual de Calidad y Control Interno del H II Chepén

En el mes de Octubre

- ✓ Se designó a los miembros para la Evaluación de las Propuestas de las Entidades Bancarias
- ✓ Se conformó el Comité de Prevención y Análisis de la Mortalidad Materna de la RAS Lambayeque
- ✓ Se designó al Comité Farmacovigilancia del CAP III Carlos Castaneda Iparraguirre, de la RAS Lambayeque
- ✓ Se conformó el Comité Enfermedades Raras y Huérfanas del H II Luis Heysen Inchaustegui
- ✓ Se designó a los miembros del Equipo Técnico de Apoyo del Plan de Atención Integral de Cáncer 2011-2016.
- ✓ Se aprobó el Plan Fenómeno El Niño de la RAS Lambayeque – 2015 – 2016.
- ✓ Se designó a los integrantes del Comité de Historias Clínicas del HNAAA, de la RAS Lambayeque
- ✓ Se reasignó a los miembros del Comité Farmacoterapéutico del H II Luis Heysen Inchaustegui, de la RAS Lambayeque

En el mes de Noviembre

- ✓ Se constituyó Comisión Calificadora de Incapacidad, Ley N° 27023 del H I AAA.
- ✓ Se aprobó asignar a la Unidad Funcional Cardiovascular del HNAAA
- ✓ Se aprobó el Manual de Procedimientos de Enfermería en la Unidad de TAMO y Manual de Procedimientos de Enfermería y Fluxogramas de Oncología y Especialidades Médicas del HNAAA
- ✓ Se aprobó el Plan de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente H I Agustín Arbulú Neyra
- ✓ Se modificó Comité de Seguridad del Paciente del CAP III Carlos Castañeda Iparraguirre
- ✓ Se modificó integrante del Medico Control de CITT CAP II Cutervo

En el mes de Diciembre

- ✓ Se conformó el equipo de trabajo para la elaboración de los Planes Directores de Inversión en la RAS Lambayeque.
- ✓ Se dispuso la realización del inventario físico de existencias de las farmacias y de la RAS Lambayeque
- ✓ Se aprobó el Plan de Operaciones de Emergencia - 2015-2016, del H II Luis Heysen Inchaustegui, de la RAS Lambayeque
- ✓ Se aprobó el Plan de Repuesta Frente a Desastres de 24 CAS de la RAS Lambayeque
- ✓ Se designó a los coordinadores para la atención de solicitudes de acceso a la información en la Web Institucional.
- ✓ Se conformó el Comité de la Unidad Funcional de Trasplante de Córnea de la RAS Lambayeque
- ✓ Se designó al Comité de Auditoria de Enfermería de los EESS de la RAS Lambayeque
- ✓ Se conformó la Comisión de Incineración, Destrucción y/o Entierro de Medicamentos, Material Médico Vencido, Deterioradas y/o Rotos de la RAS Lambayeque
- ✓ Se designó a los Integrantes de la Junta de Evaluación Médica Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica de la RAS Lambayeque
- ✓ Se aprobó el Manual de Procedimientos de Enfermería del Servicio Central de Esterilización del HNAAA
- ✓ Se aprobó el Manual de Procedimientos de Enfermería del Servicio de Gastroenterología y Endoscopias del HNAAA
- ✓ Se aprobaron 02 Manuales de Procedimientos de Procedimientos de Hematología y Hemostasia e Inmunoquímica, del Servicio de Patología Clínica HNAAA.

Red Asistencial LAMBAYEQUE

Principales Gastos Logísticos (PAC – 2015)

Descripción (*)	Tipo de proceso	Valor estimado S/.
Contratación de bienes - material médico prótesis de revisión de rodilla small - delegación compra local	AMC	147,654.00
Contratación de bienes - material médico prótesis revisión de rodilla con charnela y sistema rotacional mediano - delegación compra local	AMC	437,294.04
Contratación de bienes - material médico prótesis revisión de rodilla con charnela y sistema rotacional pequeño-delegación compra local	AMC	187,411.74
contratación de bienes - material médico prótesis revisión de rodilla médium - delegación compra local	AMC	295,308.00
Contratación de bienes - material médico prótesis total de cadera cementada para cirugía de revisión - delegación compra local	AMC	383,745.00
Contratación de bienes - medicamentos DIPAC 2.0 y 2.5 litros - pac. Continuadores sist. ultrabag-dcl.	AMC	239,403.60
Contratación de bienes - medicamentos imiglucerasa 400 ui - compra local	AMC	559,218.40
Contratación de bienes material de laboratorio - reactivos para inmunoquímica	AMC	214,960.96
Contratación de bienes medicamentos octreotide acetato 20 mg de liberación lenta - dcl.	AMC	154,000.00
Contratación de bienes: medicamentos complejo coagulante anti-inhibidor del factor viii 500ui + diluyente.	AMC	681,344.90
Contratación de servicio - servicio de lavandería RAS Lambayeque del 16 al 31 mayo 2015	AMC	19,821.43
Contratación de servicio de radioterapia con acelerador lineal 12 meses	CP	2,679,774.00
Contratación de servicio de traslado y destino final de residuos sólidos del HNAAA	AMC	39,423.60
Contratación de servicios - operarios de cocina servicio de nutrición HNAAA	AMC	27,920.00
Contratación del servicio transporte aéreos pacientes Chiclayo - Lima - Chiclayo	CP	1,249,904.16
Contratación del servicio transporte de pacientes Chiclayo - Piura	AMC	48,544.00
Contratación del servicio: fotocopiado de la RAS Lambayeque	ADS	151,200.00
Contratación mantenimiento por terceros a todo costo eq. biomédicos fuera de cobertura y grupo a 06 meses	ADS	124,460.00
Contratación para el mantenimiento y reparación de equipos ascensores H I Heysen	ADS	48,000.00
Contratación servicio de jardinería 06 meses	ADS	77,660.75
contratación servicio de mensajería (4.5 meses 2015 - RAS Lambayeque) pac: 1369	AMC	32,845.50
Contratación: servicio de mantenimiento puntual de equipo de alta tecnología - resonador magnético	AMC	16,284.00
Contratados: servicio médico PAAD Familiar RAS Lambayeque por 03 meses	ADS	122,772.00
inmunoglobulina humana 5 g. polvo para inyección ó 5 % solución inyectable	AMC	259,600.00
Laminado vidrios H I Heysen	AMC	26,900.00
Lectura de dosímetros	ADS	63,602.00
Mantenimiento de equipo alta tecnología resonador magnético	CP	560,647.49
Mantenimiento preventivo y correctivo especializado de equipos de oftalmología	ADS	50,445.00
Mantenimiento y reparación de equipos electromecánicos	CP	1,539,000.00
Mantenimiento y reparación de equipos térmicos	CP	761,000.00
Medicamentos de la especialidad de oncología - cetuximab 5 mg / ml x 20 ml	ADS	181,440.00
Pasajes nacionales terrestres ruta chota Chiclayo - Chota	CP	518,400.00
Pasajes nacionales terrestres ruta Santa Cruz - Chiclayo - Santa Cruz	AMC	40,680.00
ropa hospitalaria, colchones y otros HNAAA	ADS	140,200.00
Servicio de alimentación H I Heysen 12 meses deviene 1310p00051	CP	430,743.30
Servicio de confección e instalación de chimenea en el H I Heysen	AMC	69,800.00
Servicio de lavandería H I Jaén	AMC	17,703.10
Servicio de lavandería RAS Lambayeque del 01 al 15 de junio del 2015	AMC	19,821.43
Servicio de recolección y transporte de residuos sólidos hospitalarios biocontaminados de siete dependencias de la RAS Lambayeque	AMC	36,090.00
Servicio de recolección, transporte y disposición final de residuos sólidos hospitalarios biocontaminados del HNAAA	AMC	347,706.00
Servicio de transporte de carga, traslado y distribución de medicinas, material médico, laboratorio y suministros diversos	CP	417,600.00
Servicio lavandería RAS Lambayeque del 16 al 30 de junio 2015	AMC	20,912.52
Servicio mantenimiento de equipo biomédico video gastroscopio H I Naylamp	AMC	31,920.00
Servicio mantenimiento y reparación del grupo electrógeno perkin p27	AMC	11,000.00
Servicio traslado y destino final de residuos hospitalarios biocontaminados de siete dependencias de la RAS Lambayeque	AMC	36,090.00
Servicio traslado y destino final de residuos hospitalarios biocontaminados de siete dependencias de la RAS Lambayeque	AMC	36,090.00
Total		13'556,340.92

(*) Periodos de 12 meses

Principales Cursos Talleres llevados a cabo

Red Asistencial LAMBAYEQUE

1. Intervención de enfermería en la atención de pacientes crónicos - programa de tuberculosis - hipertensión arterial - diabetes mellitus, dirigido a 35 participantes (S/. 2,830).
2. Actualización de la intervención de enfermería en control de pacientes pediátricos (crecimiento y desarrollo - estimulación temprana), dirigido a 30 participantes (S/. 2,540).
3. Prevención y manejo de heridas y ulceras por presión (por decúbito), dirigido a 20 participantes (S/. 1,010)
4. Educación continua para personal de enfermería del HNAAA en seguridad del paciente y prevención de eventos adversos, dirigido a 20 participantes (S/. 480)
5. Codificación CIE-10, dirigido a 50 participantes (S/. 600)
6. Sistema de vigilancia en infecciones intrahospitalarias, dirigido a 20 participantes (S/. 3,400)
7. Terapias de resocialización para pacientes y familiares con afecciones en salud mental, dirigido a 25 participantes (S/. 4,300)
8. Diagnóstico y manejo de enfermedades hematológicas pediátricas, dirigido a 30 participantes (S/. 3,580)
9. Trasplante de medula ósea, dirigido a 24 participantes (S/. 5,070)
10. PEC: Programa educación continua enfermedades oncohematológicas, dirigido a 35 participantes (S/. 1,200)
11. Actualización en clave roja y clave azul, dirigido a 35 participantes (S/. 5,000)
12. Taller de video colposcopia, dirigido a 20 participantes (S/. 4,200)
13. Inmunizaciones y manejo de la cadena de frio, dirigido a 30 participantes (S/. 4,040)
14. Capacitación en servicio: con medico patólogo extranjero especializado en oncopatología ginecológica, dirigido a 25 participantes (S/. 13,000)
15. Guías de práctica clínica y segura en atenciones de emergencia, dirigido a 20 participantes (S/. 2,200)
16. Taller: Técnicas de lavado de manos, dirigido a 30 participantes (S/. 3,500)
17. Inducción a personal ingresante a la institución: asistencial y administrativo, dirigido a 65 participantes (10 Médicos, 10 Enfermeras, 5 Tecnólogos Médicos, 10 Otros Profesionales de la Salud y 10 Técnicos) - (S/. 2,200)
18. Soporte vital básico (4) y avanzado (5), dirigido a 35 participantes (S/. 7,200)
19. Primeros auxilios (1) y transporte del paciente critico (3), dirigido a 26 participantes (S/. 4,500)
20. RCP pediátrico, lactantes y neonatales, dirigido a 30 participantes (S/. 4,450)
21. Ventilación artificial, dirigido a 30 participantes (S/. 4,400)
22. Soporte vital básico del trauma y colectivas, dirigido a 35 participantes (S/. 5,000)
23. Métodos de relajación para el estrés laboral y autoestima, dirigido a 45 participantes (S/. 1,400)
24. Administración en los servicios de salud, dirigido a 35 participantes (S/. 9,400)
25. Diagnóstico por imágenes en la emergencia, dirigido a 20 participantes (S/. 7,990)
26. SEACE Versión 3.0, dirigido a 40 participantes (S/. 7,750)

Gerencia de Planeamiento Corporativo-GCPD
V°B°
V. REYNA
Gerente
ESSALUD

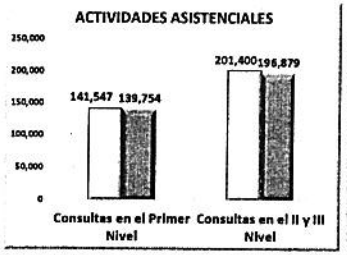
SG-CONTROL Y EVALUACION DE LA GESTION-GPC-GCPD
V°B°
Econ. A. Verástegui
SubGerente
ESSALUD

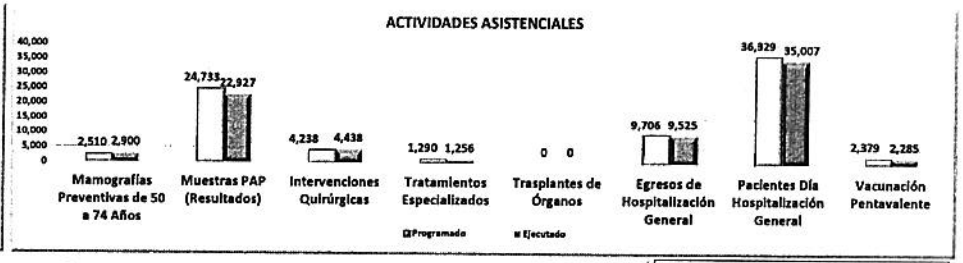
GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y DESARROLLO
V°B°
Ing. A. ROJAS
ESSALUD

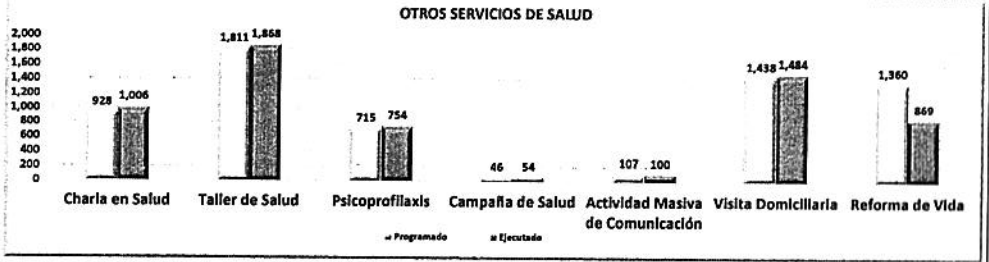
Evaluación del Plan Operativo Institucional 2015 - Desagregado
Red Asistencial LORETO

ACTIVIDADES OPERATIVAS - ASISTENCIALES

	PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD	UNIDAD DE MEDIDA	Al IV Trimestre		Cumplimiento %
			Programado	Ejecutado	
1	Consultas en el Primer Nivel	Consultas	141,547	139,754	99%
2	Consultas en el II y III Nivel	Consultas	201,400	196,879	98%
3	Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años	Mamografías preventivas con resultado	2,510	2,900	116%
4	Muestras PAP (Resultados)	Exámenes PAP con resultado	24,733	22,927	93%
5	Intervenciones Quirúrgicas	Intervenciones Quirúrgicas	4,238	4,438	105%
6	Tratamientos Especializados	Tratamientos Especializados	1,290	1,256	97%
7	Trasplantes de Órganos	Trasplantes	0	0	0%
8	Egresos de Hospitalización General	Egresos	9,706	9,525	98%
9	Pacientes Día Hospitalización General	Paciente día	36,329	35,007	96%
10	Vacunación Pentavalente	Vacunas (3ª dosis)	2,379	2,285	96%
11	Otros servicios de Salud				
11.1	Charla en Salud	Charlas	928	1,006	108%
11.2	Taller de Salud	Sesiones	1,811	1,868	103%
11.3	Psicoprofilaxis	Sesiones	715	754	105%
11.4	Campaña de Salud	Campañas	46	54	117%
11.5	Actividad Masiva de Comunicación	Eventos	107	100	93%
11.6	Visita Domiciliaria	Visitas	1,438	1,484	103%
11.7	Reforma de Vida	Sesiones	1,360	869	64%







Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel >= 100% son: Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años (116%) y Interv.Qx. (105%). Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel de avance por debajo del 95% son las referidas a: Muestras PAP (93%)

De las 07 Actividades denominadas Otros Servicios de Salud, cinco (05) muestran un avance >=100% y dos (02) se encuentran con un nivel de avance menor al 95% siendo estas: Actividad Masiva de Comunicación (93%) y Reforma de Vida (64%).

INICIATIVA DE GESTIÓN	AVANCE POI - 2015			MALO				Hitos ejecutados				
Actividades	Responsable	Fec. Ini. ReProg	Fec. Fin ReProg	Valor %	Valor ganado	Valor planeado	Index Plazo salud	N° HITOS	SI (100%)	NO (0 %)	AVANCE	
(15)123.Realizar la Vigilancia de la Salud Ocupacional del Trabajador de los EESS	Fernando Hamerith	15-jun	15-dic	100	67	100	0.67	6	3	1	2	50.00%
(15)124.Implementar acciones para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis	Wilson Angel Inga	15-ene	15-dic	100	26.5	100	0.265	9	2	5	2	22.22%
(15)125.Implementar acciones para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de las ITS-VIH/SIDA	Victor Restegui	15-ene	20-dic	100	10	100	0.1	9	1	7	1	11.11%
(15)126.Mejorar la capacidad resolutiva, competencias y oferta asistencial en el Primer Nivel de Ate	Wilson Angel Inga	01-jun	20-dic	100	17.8	100	0.178	5	0	4	1	0.00%
Iniciativa de Gestión		15-ene	20-dic	100	30.33	100.00		29	6	17	6	20.69%

Mediante Resolución de Gerencia de Red Asistencial N° 189-GRALO-EsSalud-2015, se conformó el Equipo de Trabajo de Salud Ocupacional

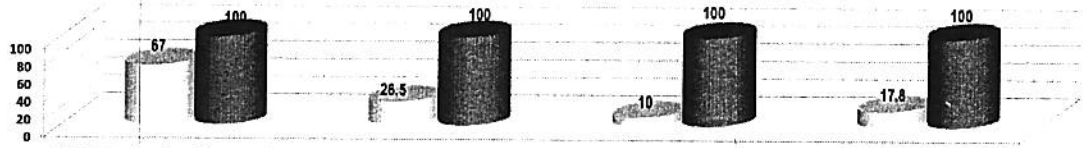
Mediante Carta N° 005-CEPRIT-G-RALO-EsSalud-2015, se elaboró el Informe Médico Ocupacional de los trabajadores de la RAS Loreto.

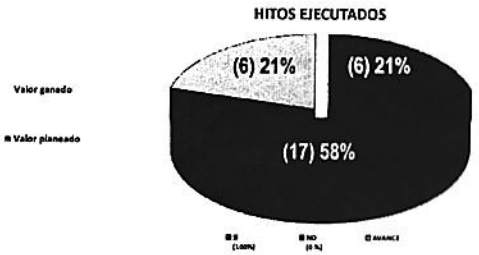
1) Carta N° 003-CEPRIT-G-RALO-EsSalud-2015, se elaboró el Plan de Trabajo para la Implementación, de la Vigilancia de la Salud Ocupacional del Trabajador en los EESS de EsSalud, teniendo en cuenta Directiva N° 001-GG-EsSalud. 2) Carta N° 050-CEPRIT-G-RALO-ESSALUD-2015, se informa sobre la evaluación médica mensual.

1)Res. N° 25-G-RALO-ESSALUD-2015, se designó al Coordinador de TB y el Comité Técnico Asesor. 2) Reuniones Técnicas sobre manejo del Paciente con TB con los Médicos, Enfermeras y Personal. 3) Se elaboró y ejecutó el Plan Comunicacional por el día Mundial de lucha contra la TB. 4) Impresión documentos técnicos y Material Educativo.

1)Resolución N° 56-G-RALO-ESSALUD-2015, se designó al Coordinador del Programa de ITS-VIH/SIDA y el Comité Técnico Asesor. 2)Plan Comunicacional por el día Mundial de lucha contra el SIDA, para ello se elaboró documentos técnicos y Material Educativo para informar a los asegurados y público en general.

1) El Diferimiento de Citas Consulta Externa pacientes referidos del I al III Nivel. 2) Carta N° 057-OPC-GRALO-ESSALUD-2015, se informó sobre la adquisicion de equipamiento médico asistencial por reposición, delegación por encargo CEABE.





V°B° Ing. A. Rojas

V°B° Econ. A. Verástegui Sub Gerente

V°B° V. REYNA Gerente

Patron de Comportamiento de los Indicadores del POI - FONAFE de la Red Asistencial LORETO

1. Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva del I Nivel de Atención	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Ratio	0.74	0.7

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

2. Diferimiento de Citas Consulta Externa pacientes referidos del I al III Nivel	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	15	15

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

3. Promedio de Permanencia en Hospitalización General	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	3.90	3.90

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

4. Porcentaje de Pacientes en Sala de Observación < = 24 Horas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Porcentaje (%)	75.00%	75.00%

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

[illegible] de Espera de Intervención Quirúrgica	[illegible] de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	45	45

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

6. Cobertura de Tamizaje de Cancer de Cuello Uterino	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	30.00%	42.41%

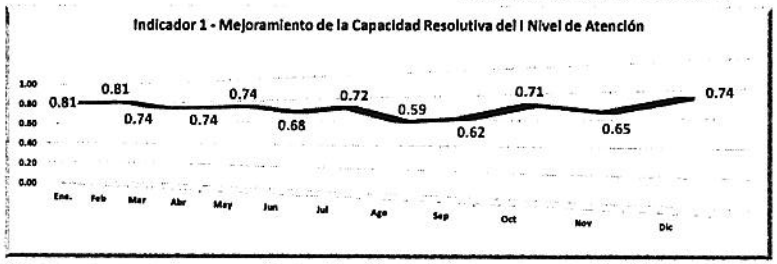
Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

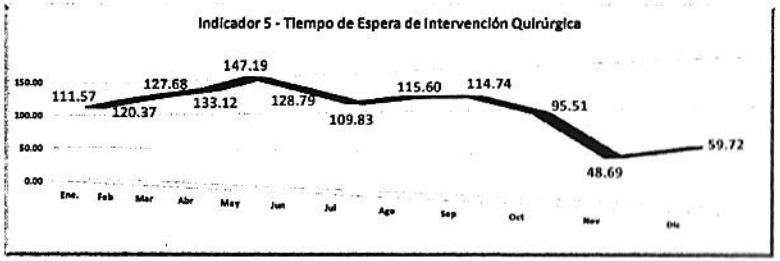
7. Cobertura de Tamizaje de Mamografías Preventivas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	21.80%	15.85%

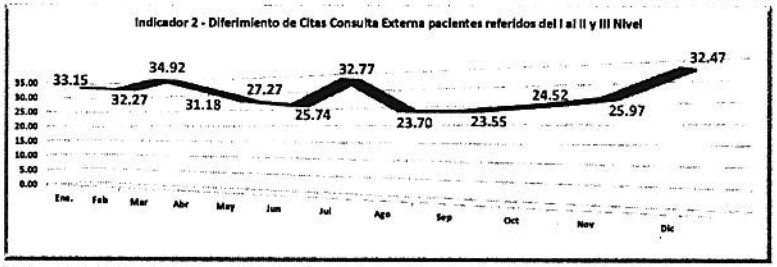
Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

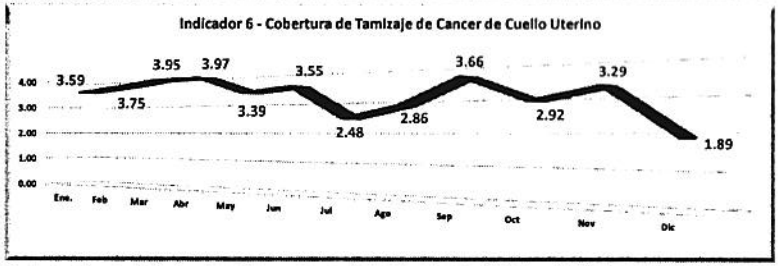
8. Cobertura de Vacunación Pentavalente (3era dosis)	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	80.00%	70.41%

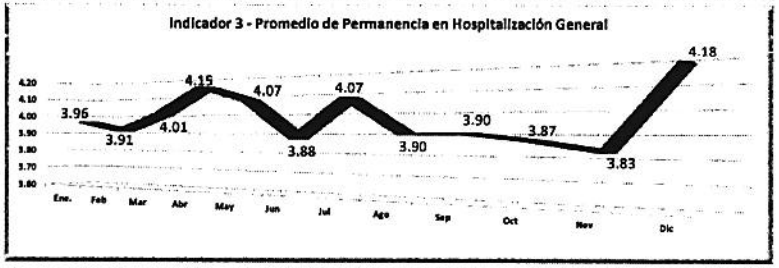
Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

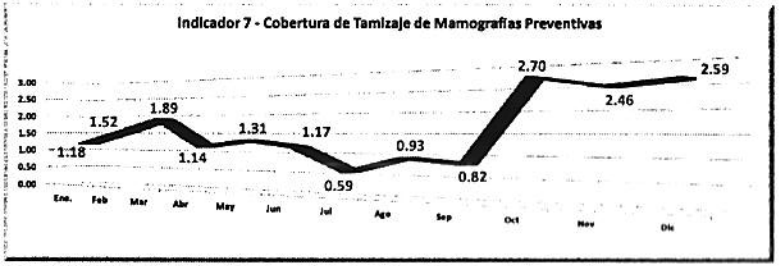


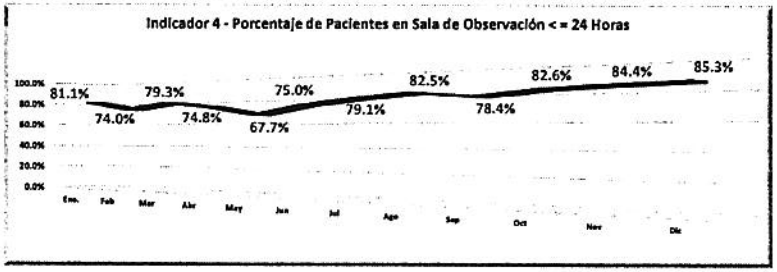


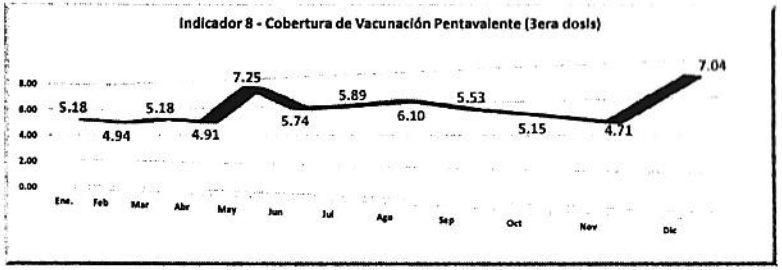






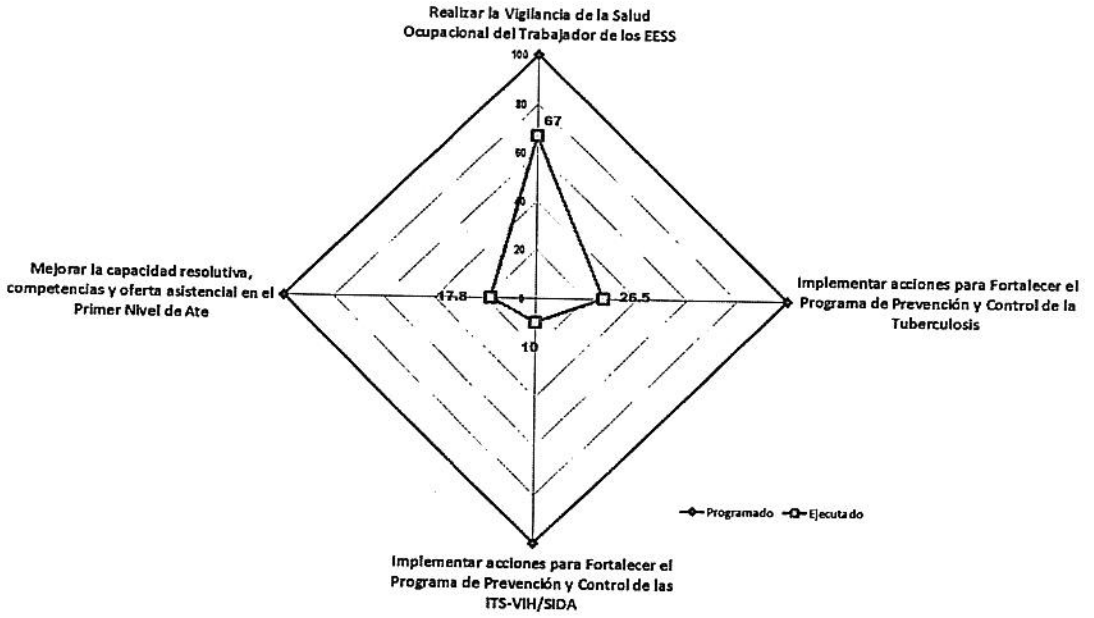






Red Asistencial LORETO

Actividades Desarrolladas para el cumplimiento de la Iniciativas de Gestión



Para: Realizar la Vigilancia de la Salud Ocupacional del Trabajador de los EESS

- ✓ Mediante Resolución de Gerencia de Red Asistencial N.189-GRALO-ESSALUD-2015, se conformó el Equipo de Trabajo de Salud Ocupacional
- ✓ Mediante Carta N° 005-CEPRIT-G-RALO-ESSALUD-2015, se presenta el informe médico ocupacional de los trabajadores de RAS Loreto.
- ✓ Mediante Carta N° 003-CEPRIT-G-RALO-ESSALUD-2015, se presenta el Plan de Trabajo para la Implementación de la Vigilancia de la Salud Ocupacional, teniendo en cuenta Directiva N° 001-GG-EsSalud
- ✓ Mediante Carta N° 050-CEPRIT-G-RALO-ESSALUD-2015, se informa sobre la evaluación médica mensual

Para: Implementar acciones para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis

- ✓ Mediante Resolución de Red Asistencial Loreto N° 25-G-RALO-ESSALUD-2015, se designó al Coordinador de TB y el Comité Técnico Asesor
- ✓ Se realizaron Reuniones Técnicas sobre manejo del Paciente con TB con los Médicos, Enfermeras y Personal
- ✓ Se elaboró y ejecutó el Plan Comunicacional por el día Mundial de lucha contra la TB
- ✓ Se Imprimieron documentos técnicos y Material Educativo
- ✓ Mediante Informe N° 034-AINFRA-UIHyS-OA-GRALOR-15, se hace de conocimiento el avance sobre la adquisición de cabinas recolectoras y cajas de trasporte de muestras para los EE.SS de la RAS, así como, la propuesta del mejoramiento y/o acondicionamiento de los ambientes para la atención de la TB

Para: Implementar acciones para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de las ITS-VIH/SIDA

- ✓ Mediante Resolución N° 56-G-RALO-ESSALUD-2015, se designó al Coordinador del Programa de ITS-VIH/SIDA y el Comité Técnico Asesor
- ✓ Se elaboró y ejecutó el Plan Comunicacional por el día Mundial de lucha contra el SIDA, para ello se elaboró documentos técnicos y Material Educativo para informar a los asegurados y público en general.

Para: Mejorar la capacidad resolutiva, competencias y oferta asistencial en el Primer Nivel de Ate

- ✓ El Diferimiento de Citas Consulta Externa pacientes referidos del I al III Nivel
- ✓ Mediante Carta N° 057-OPC-GRALO-ESSALUD-2015, se informó sobre la adquisicion de equipamiento médico asistencial por reposición, delegación por encargo CEABE.

Red Asistencial LORETO

Gestión de la RAS

En el mes de Enero

- ✓ Se conformó: el Comité de Seguridad y Defensa, Comité de Prevención y Análisis de la Mortalidad Materna, Comité de Tecnovigilancia, Comité de Salud Mental, Comité de Salud Mental, Comité de Odontología, de la RAS Loreto
- ✓ Se conformó: el Equipo Técnico para el Monitoreo de los Planes de Prevención, Vigilancia y Control de Brotes y Contingencias, el Grupo de Trabajo encargado de Promover el Código de Ética de la Función Pública así como el Código de Ética del Personal de EsSalud, de la RAS Loreto
- ✓ Se conformó: el Equipo de Rondas de Seguridad, el Comité de Coordinación Social de Cultura de Donación de Órganos y Tejidos, el Comité Técnico Quirúrgico, el Comité de Hospitalización, Comité de Lactancia Materna, el Comité de Investigación, Comité de Referencias y Contrarreferencias, Comité de Evaluación de Cesáreas, el Comité de Muertes y Complicaciones Intrahospitalarias, Comité de Calidad y Seguridad, el Comité Farmacoterapeutico, el Comité de Gestión de Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo CITT, el Comité Evaluador de hijos mayores de edad Incapacitados, Comité de Infecciones Intrahospitalarias, Comité de Auditoria Odontológica, del H III Iquitos de la RAS Loreto

En el mes de Febrero

- ✓ Se aprobó el Plan de Preparación y Respuesta Frente al Virus de Chikungunya de la RAS Loreto
- ✓ Se conformó el Grupo de Trabajo del Riesgo de Desastres de la RAS Loreto

En el mes de Marzo

- ✓ Se conformó el Comité de Ética en Investigación de la RAS Loreto

En el mes de Abril

- ✓ Se aprobó el Plan Anual de Manejo de Infecciones Intrahospitalarias del H III Iquitos de la RAS Loreto

En el mes de Julio

- ✓ Se conformó el Comité Técnico Operativo sobre la Implementación y Mantenimiento del Servicio de Lactario Institucional de Trabajadoras de la RAS Loreto

En el mes de Setiembre

- ✓ Se aprobó el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente - 2015 de la RAS Loreto
- ✓ Se resuelve conformó el Equipo de Evaluadores Internos para el proceso de Autoevaluación de los CAS de las RAS Loreto.

En el mes de Octubre

- ✓ Se constituyó la Comisión Médica Calificadora de la Incapacidad – CMCI, de la Ley 27023 del H III Iquitos - 2015-2018, de la RAS Loreto.
- ✓ Se designó al Profesional de la Salud, como Secretario Técnico en los Procesos Administrativos Disciplinarios de la RAS Loreto.
- ✓ Se conformó el Comité ROP del H III Iquitos de la RAS Loreto, que estará encargado de Supervisar el Cumplimiento de la Norma Técnica de Salud-MINSA, Atención al Recién Nacido con Riesgo de Retinopatía del Prematuro.
- ✓ Se conformó el Equipo Multifuncional de la RAS Loreto, para efectuar el control de las Prestaciones de los Servicios de Salud Extra institucionales

En el mes de Noviembre

- ✓ Se conformó el Comité de Capacitación de la RAS Loreto.
- ✓ Se modificó el Sub Comité de Implementación del Sistema de Control Interno en la RAS Loreto
- ✓ Se reconoció la colaboración del CAP III Punchana, por haber ocupado el primer puesto en el cuadro de méritos con nivel de valoración de excelente del Programa de "Personas que Dejan Huellas", de la RAS Loreto

En el mes de Diciembre

- ✓ Se aprobó el Plan de Trabajo para Implementar el Sistema de Control Interno de la RAS Loreto
- ✓ Se conformó las Comisiones para la Toma de Inventario Físico de Existencias en el Almacén Central,

Red Asistencial LORETO

Farmacia y Depósitos de la RAS Loreto

- ✓ Se aprobó el Listado de Medicamentos de Coche de Paro para el Servicio de Medicina del H III Iquitos de la RAS Loreto
- ✓ Se conformó el Comité Farmacoterapéutico de la RAS Loreto

Principales Gastos Logísticos (PAC – 2015)

Descripción (*)	Tipo de proceso	Valor estimado S/.
Adquisición de central telefónica ip por reposición para la sede administrativa – RAS Loreto	ADS	155,050.00
Adquisición de combustible para el H III Iquitos (12 meses -2014)	LP	462,803.00
Adquisición de dos (02) camionetas pick up abierta, doble cabina y doble tracción (4 x 4) para la RAS Loreto	ADP	251,654.00
Adquisición de equipamiento médico asistencial por reposición - procesador automático de peliculas radiográficas de mediana capacidad para la RAS Loreto	ADS	138,484.60
Adquisición de equipamiento médico asistencial por reposición de 01 mesa de operaciones de uso para la RAS Loreto	ADP	206,000.00
Adquisición de equipamiento médico asistencial por reposición de 09 camas camillas de recuperación de urgencias para la RAS Loreto	ADP	342,877.56
Adquisición de equipamiento médico asistencial por reposición de tres (03) monitores de funciones vitales de 5 parámetros y un (01) electrocardiógrafo 3 canales para la RAS Loreto	ADS	115,200.00
Adquisición de herramientas y repuestos para equipos biomédicos y electromecánicos del H III Iquitos - RAS Loreto	ADS	183,147.53
Adquisición de materiales de limpieza para la RAS Loreto (12 meses-2014)	ADS	92,514.00
Adquisición por encargo de mobiliario clínico por reposición para la RAS Loreto	ADS	61,717.00
Contratación del servicio de agenciamiento de pasajes aéreos nacional ruta Tarapoto – Lima - Tarapoto para pacientes referidos, personal asistencial médicos, enfermeras, obstetriz, etc y acompañantes del H I Yurimaguas (12 meses) RAS Loreto	CP	439,417.94
Contratación del servicio de alimentación y nutrición para pacientes del H III Iquitos por (12 meses) RAS Loreto	CP	2,305,153.33
Contratación del servicio de arrendamiento de inmueble CAP III Iquitos- (12 meses) - RAS Loreto	ADP	180,000.00
Contratación del servicio de arrendamiento de inmueble para el CAM de Iquitos – (12 meses) de la RAS Loreto.	ADS	54,000.00
Contratación del servicio de intermediación laboral para el servicio de apoyo a los módulos de atención al asegurado - (12 meses) – H III Iquitos – RAS Loreto	CP	391,799.76
Contratación del servicio de litotricia percutánea, extracorpórea y endoscópicas en un centro especializado para pacientes del H III Iquitos por un periodo de 12 meses - RAS Loreto	CP	573,482.41
Contratación del servicio de mantenimiento correctivo a todo costo del equipo de rayos x estacionario radiografia potencia media de la sala 2 del H III Iquitos - RAS Loreto	ADS	61,065.00
Contratación del servicio de personal por intermediación laboral personal técnico para archivo de historias clínicas del H III Iquitos periodo 12 meses RAS Loreto	ADS	123,490.80
Contratación del servicio para el mantenimiento de infraestructura del servicio de nutrición del H III Iquitos - RAS Loreto	ADS	103,176.50
Contratación del servicio por transporte fluvial en camarote para pacientes referidos CAP II Caballococha periodo 12 meses RAS Loreto	ADS	80,899.20
Medicamentos de la especialidad de infecto logia	ADP	271,405.35
Mobiliario clínico RAS Loreto -equipamiento básico por reposición	ADP	259,917.00
Servicio de fotocopiado para la sede administrativa y H III Iquitos (12 meses) para la RAS Loreto	ADS	134,962.96
Servicio de terceros de mantenimiento correctivo de equipo 02 esterilizadores a vapor de red de 200 a 300 lts de centro quirúrgico del H III Iquitos	AMC	72,000.40
Servicio PAAD especializado lectura de placas de mamografia de la RAS Lambayeque	ADP	193,437.90
Tubo de rayos x para tomógrafo – H I Luis Heysen - RAS Loreto	ADP	306,470.00
Total		7'560,126.24

(*) Periodos de 12 meses

Principales Cursos Talleres llevados a cabo

1. Nutrición Enteral y Parenteral en Adultos, dirigido a 20 Participantes (S/. 3,488)
2. Auditoria médica COMECI - COMAI, dirigido a 17 Participantes (S/. 3,591)
3. Atención Integral a la Gestante, según cartera de complejidad creciente y manejo de emergencias Obstétricas, dirigido a 20 Participantes (S/. 2890)
4. Terapia Respiratoria en unidad de Cuidados Intensivos, dirigido a 6 Participantes (S/. 2,922)

Red Asistencial LORETO
5. Manejo de ventilación mecánica y uso adecuado de ventilador, dirigido a 26 Participantes (S/. 7,320) 6. Nutrición Parenteral Total y Enteral, , dirigido a 17 Participantes (S/. 6,129) 7. Actos Preparatorios-Requerimientos y estudios de Mercado, dirigido a 11 Participantes (S/. 11,550)







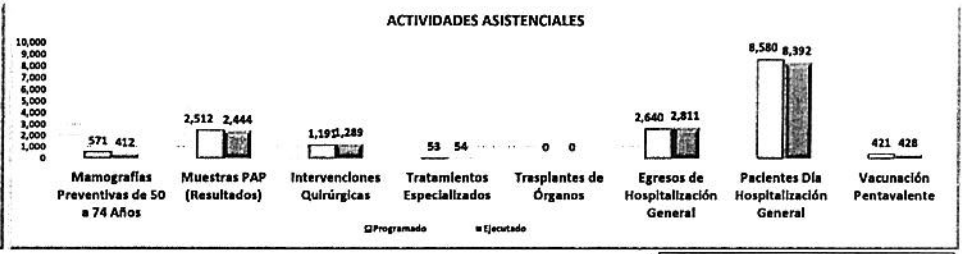
Evaluación del Plan Operativo Institucional 2015 - Desagregado

Red Asistencial MADRE DE DIOS

ACTIVIDADES OPERATIVAS - ASISTENCIALES

	PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD	UNIDAD DE MEDIDA	Al IV Trimestre		Cumplimiento %
			Programado	Ejecutado	
1	Consultas en el Primer Nivel	Consultas	10,485	10,224	98%
2	Consultas en el II y III Nivel	Consultas	58,097	56,737	98%
3	Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años	Mamografías preventivas con resultado	571	412	72%
4	Muestras PAP (Resultados)	Exámenes PAP con resultado	2,512	2,444	97%
5	Intervenciones Quirúrgicas	Intervenciones Quirúrgicas	1,191	1,289	108%
6	Tratamientos Especializados	Tratamientos Especializados	53	54	102%
7	Trasplantes de Órganos	Trasplantes	0	0	0%
8	Egresos de Hospitalización General	Egresos	2,640	2,811	106%
9	Pacientes Día Hospitalización General	Paciente día	8,580	8,392	98%
10	Vacunación Pentavalente	Vacunas (3° dosis)	421	428	102%
11	Otros servicios de Salud				
11.1	Charla en Salud	Charlas	643	678	105%
11.2	Taller de Salud	Sesiones	173	158	91%
11.3	Psicoprofilaxis	Sesiones	249	270	108%
11.4	Campaña de Salud	Campañas	19	21	111%
11.5	Actividad Masiva de Comunicación	Eventos	20	24	120%
11.6	Visita Domiciliaria	Visitas	901	736	82%
11.7	Reforma de Vida	Sesiones	324	329	102%







Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel >= 100% son: Interv.Qx. (108%), Tratamientos Especializados (102%) Egresos de Hospitalización Gral. (106%) y Vacunación Pentavalente (102%). Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel de avance por debajo del 95% son las referidas a: Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años (72%)

De las 07 Actividades denominadas Otros Servicios de Salud, cinco (05) muestran un avance >=100% y dos (02) se encuentran con un nivel de avance menor al 95% siendo estas: Taller de Salud (91%) y Visita Domiciliaria (82%).

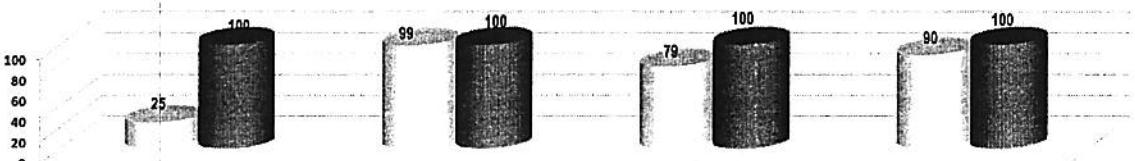
INICIATIVA DE GESTIÓN	AVANCE POI - 2015						REGULAR	Hitos ejecutados				
Actividades	Responsable	Fec. Ini. ReProg	Fec. Fin ReProg	Valor %	Valor ganado	Valor planeado	Indice Desempeño actual	N° Hitos	SI (100%)	NO (0 %)	AVANCE	Ejecución %
(15)127.Realizar la Vigilancia de la Salud Ocupacional del Trabajador de los EESS	Juan Gil	15-ene	31-dic	100	25	100	0.25	6	3	3	0	50.00%
(15)128.Implementar acciones para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis	Milwar Ochoa	15-ene	31-dic	100	99	100	0.99	9	8	0	1	88.89%
(15)129.Implementar acciones para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de las ITS-VIH/SIDA	Milwar Ochoa	01-ene	31-dic	100	79	100	0.79	9	6	2	1	66.67%
(15)130.Mejorar la capacidad resolutiva, competencias y oferta asistencial en el Primer Nivel de Ate	Estaban Rivera	01-ene	31-dic	100	90	100	0.9	5	0	0	5	0.00%
Iniciativa de Gestión		01-ene	31-dic	100	73.25	100.00	0.7325	29	17	5	7	58.62%

1) Resolución N° 197-DR-RAMD-EsSalud-2015, se conformó el Equipo de Trabajo de Salud Ocupacional. 2) Diagnostico de los Riesgos Ocupacionales a los que está expuesto los trabajadores en la RAS. 3)Plan Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo de la RAS Madre de Dios, teniendo en cuenta la Directiva N° 001-GG-EsSalud

1) Res. N° 19-DR-RAMD-EsSalud-2015, se designó al Coordinador de TB la Red y el Comité técnico asesor. 2)Informe N° 01-JADYT-DR-RAMD-2015, reuniones técnicas sobre manejo del Paciente con TB con: Médicos, Enfermeras y Personal, asistentes, a fin de mejorar la atención del paciente con TB Resistente. 3)Informe N° 002-JADYT-DR-RAMD-2015, se indica las evaluaciones trimestrales de indicadores Operacionales y Epidemiológicos de la RAS. 4)Informe N° 003-JADYT-DR-RAMD-2015, se da a conocer las supervisiones a los EE.SS y laboratorios donde realizan bacilloscopias de la Red Asistencial.

1)Res.N° 17-DR-RAMD-EsSalud-2015, Coordinador de la Red y el Comité Técnico Asesor, del Programa de ITS-VIH/SIDA. 2)Informe N° 007-JADYT-DR-RAMD-2015, reuniones técnicas para mejorar la atención integral del paciente con ITS-VIH/SIDA Resistente, con los médicos de las EESS. 3)Informe N° 008-JADYT-DR-RAMD-2015, se informa sobre las evaluaciones trimestrales de Indicadores Operacionales, Epidemiológicos y Desastres. 4)Informe N° 009-JADYT-DR-RAMD-2015: Informe de Supervisión para la para la mejora del Programa de ITS-VIH/SIDA. 5)Informe N° 010-JADYT-DR-RAMD-2015: Informe de la ejecución de Plan Comunicacional por el Día Mundial de la ITS-VIH/SIDA y la Impresión de documentos técnicos y Material Educativo.

1)Informe N° 004-OCPYAP-DR-RAMD-2015, se remitió: Cartera de Información Creciente, Plan de Prevención de Salud, Lineamientos de Programación 2014, Plan de Promoción, Plan de Prevención, etc. 2)Informe N° 005-OCPYAP-DR-RAMD-2015, se llevó a cabo en el mes de octubre, referido a: Atención Integral del Niño y Adolescente y Atención Integral del Adulto y Adulto Mayor. 3)Informe N° 006-OCPYAP-DR-RAMD-2015, acciones realizadas: • Requerimiento de RRHH necesarios para incrementar la capacidad resolutiva (Carta N° 644-DR-RAMMD-EsSalud-2015).• Se coordinó para la contratación de 01 Tecnólogo Médico de laboratorio y 01 Enfermera para el programa de Prevención y Control de TB.• Se realizó las gestiones para la incorporación de 01 plaza de Médico Serums para la PM Iberia. 4)Informe N° 007-OCPYAP-DR-RAMD-2015, se coordinó el requerimiento de los equipos biomédicos correspondientes a las Postas Médicas (Carta N° 508-DR-RAMD-EsSalud-2015).

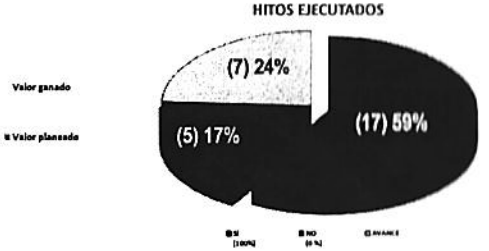


(15)127.Realizar la Vigilancia de la Salud Ocupacional del Trabajador de los EESS

(15)128.Implementar acciones para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis

(15)129.Implementar acciones para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de las ITS-VIH/SIDA

(15)130.Mejorar la capacidad resolutiva, competencias y oferta asistencial en el Primer Nivel de Ate



Patron de Comportamiento de los Indicadores del POI - FONAFE de la Red Asistencial MADRE DE DIOS

1. Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva del I Nivel de Atención	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2018	Meta Ind. Modificado 2018
	Ratio	0.17	0.18

Fuente SIAG (exportado al 31-01-2018)

2. Diferimiento de Citas Consulta Externa pacientes referidos del I al III Nivel	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2018	Meta Ind. Modificado 2018
	Días	8	8

Fuente SIAG (exportado al 31-01-2018)

3. Promedio de Permanencia en Hospitalización General	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2018	Meta Ind. Modificado 2018
	Días	2.93	2.93

Fuente SIAG (exportado al 31-01-2018)

4. Porcentaje de Pacientes en Sala de Observación < = 24 Horas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2018	Meta Ind. Modificado 2018
	Porcentaje (%)	100.00%	98.00%

Fuente SIAG (exportado al 31-01-2018)

5. Tiempo de Espera de Intervención Quirúrgica	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2018	Meta Ind. Modificado 2018
	Días	10	20

Fuente SIAG (exportado al 31-01-2018)

6. Cobertura de Tamizaje de Cancer de Cuello Uterino	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2018	Meta Ind. Modificado 2018
	Cobertura (%)	27.50%	26.02%

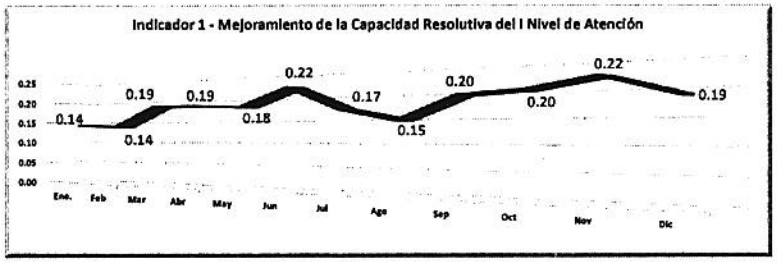
Fuente SIAG (exportado al 31-01-2018)

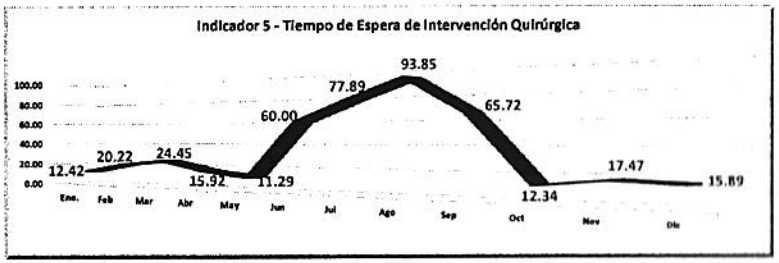
7. Cobertura de Tamizaje de Mamografías Preventivas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2018	Meta Ind. Modificado 2018
	Cobertura (%)	30.00%	30.45%

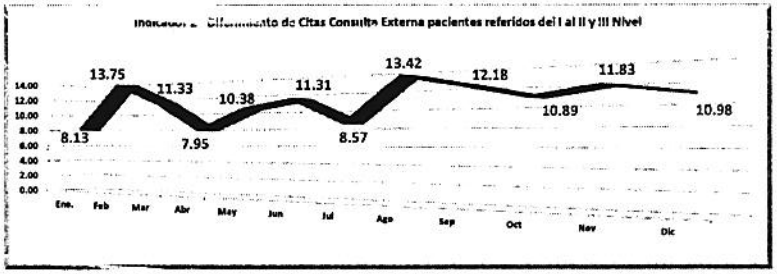
Fuente SIAG (exportado al 31-01-2018)

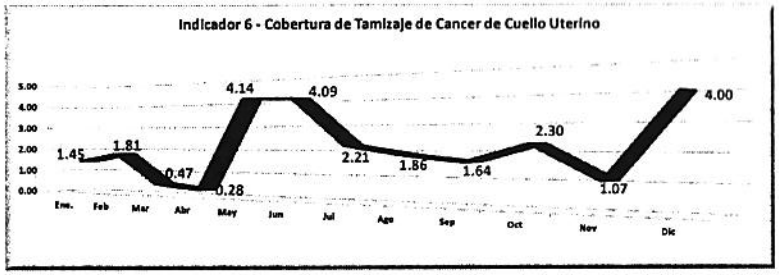
8. Cobertura de Vacunación Pentavalente (3era dosis)	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2018	Meta Ind. Modificado 2018
	Cobertura (%)	85.00%	77.68%

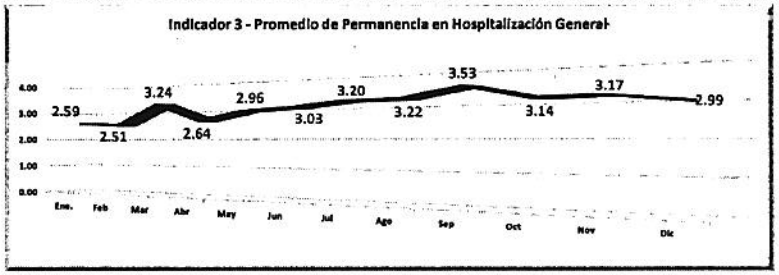
Fuente SIAG (exportado al 31-01-2018)

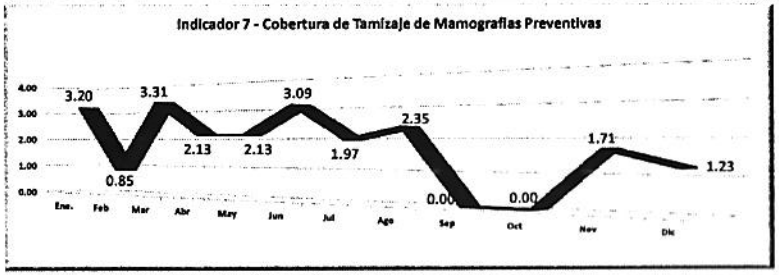


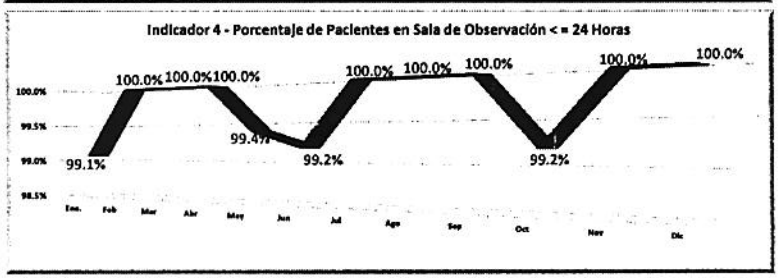


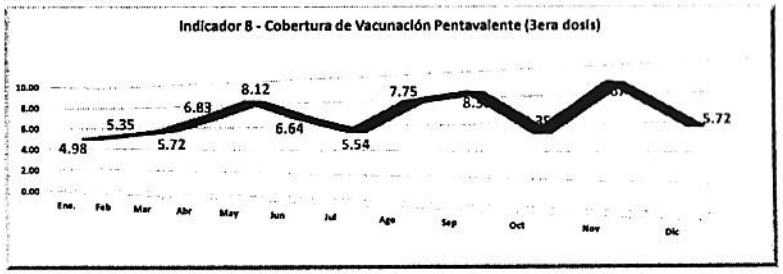












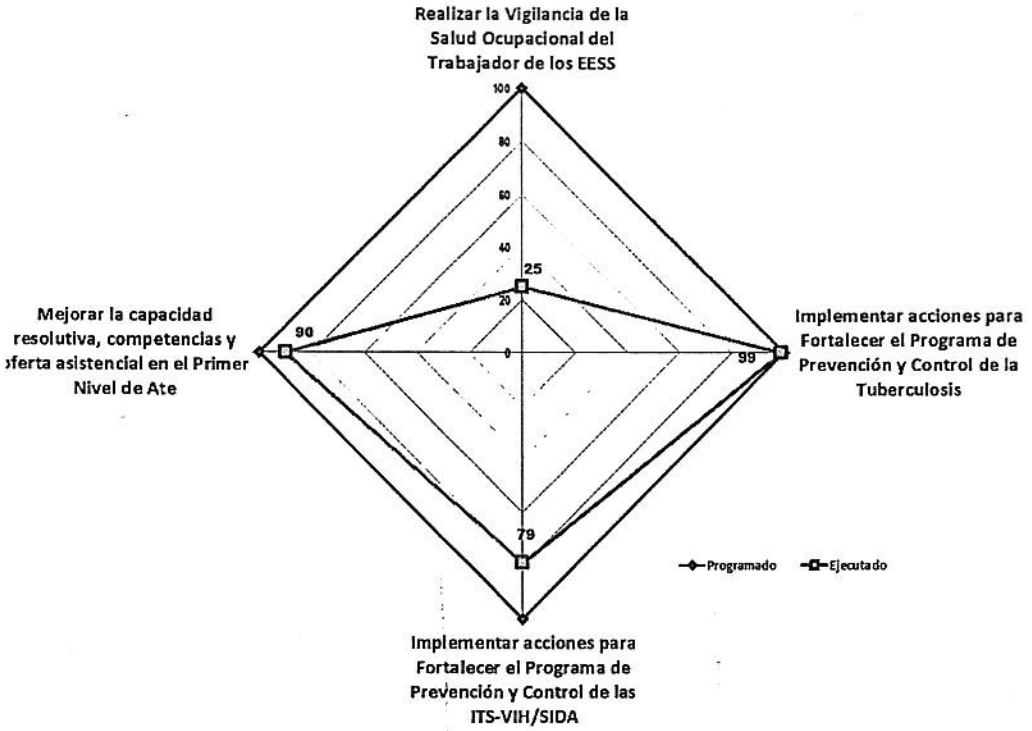
V°B° Ing. A. ROJAS

V°B° V. REYNA Gerente

V°B° Econ. A. Verástegui SubGerente

Red Asistencial MADRE DE DIOS

Actividades Desarrolladas para el cumplimiento de la Iniciativas de Gestión



Para: Realizar la Vigilancia de la Salud Ocupacional del Trabajador de los EESS

- ✓ Mediante Resolución N° 197-DR-RAMD-EsSalud-2015, se conformó el Equipo de Trabajo de Salud Ocupacional
- ✓ Se cuenta con el Diagnostico de los Riesgos Ocupacionales a los que está expuesto los trabajadores en la RAS
- ✓ Se elaboró el Plan Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo de la RAS Madre de Dios, teniendo en cuenta la Directiva N° 001-GG-EsSalud.

Para: Implementar acciones para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis

- ✓ Mediante Resolución Nro. 19-DR-RAMD-EsSalud-2015, se designó al Coordinador de TB la Red y el Comité técnico asesor.
- ✓ Mediante Informe N° 01-JADYT-DR-RAMD-2015, se dio a conocer sobre las reuniones técnicas sobre manejo del Paciente con TB con: Médicos, Enfermeras y Personal, sostenidas, a fin de mejorar la atención del paciente con TB Resistente.
- ✓ Mediante Informe N° 002-JADYT-DR-RAMD-2015, se indica las evaluaciones trimestrales de indicadores Operacionales y Epidemiológicos de la RAS.
- ✓ Mediante Informe N° 003-JADYT-DR-RAMD-2015, se da a conocer las supervisiones a los EE.SS y laboratorios donde realizan baciloscopias de la Red Asistencial.
- ✓ Mediante Informe N° 004-JADYT-DR-RAMD-2015, se indica sobre la ejecución de Plan Comunicacional por el Día Mundial de la TB, así como la elaboración de documentos técnicos y Material Educativo (impresión).
- ✓ Mediante Informe N° 005-JADYT-DR-RAMD-2015, se informa sobre la Reunión Técnica referida al manejo integral del paciente positivo, estrategias para captación de sintomático respiratorio.
- ✓ Se elaboró Especificaciones técnicas para la adquisición de Caja Transportadora de muestras para el Hospital I "Victor Alfredo Lazo Peralta", postas médicas de la Red Asistencial Madre de Dios con requerimiento realizado.
- ✓ Informe N° 006-JADYT-DR-RAMD-2015, se adjunta el Informe técnico sobre las condiciones de funcionamiento de los ambientes de alto riesgo de transmisión de TB a nivel intrahospitalario.

Red Asistencial MADRE DE DIOS

Para: Implementar acciones para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de las ITS-VIH/SIDA

- ✓ Mediante Resolución N° 17-DR-RAMD-EsSalud-2015, se designó al Coordinador de la Red y el Comité Técnico Asesor, del Programa de ITS-VIH/SIDA.
- ✓ Mediante Informe N° 007-JADYT-DR-RAMD-2015, se informa sobre las reuniones técnicas para mejorar la atención Integral del paciente con ITS-VIH/SIDA Resistente, con los médicos de las EESS.
- ✓ Mediante Informe N° 008-JADYT-DR-RAMD-2015, se informa sobre las evaluaciones trimestrales de indicadores Operacionales, Epidemiológicos y Desastres
- ✓ Mediante Informe N° 009-JADYT-DR-RAMD-2015: Informe de Supervisión para la para la mejora del Programa de ITS-VIH/SIDA
- ✓ Mediante Informe N° 010-JADYT-DR-RAMD-2015: Informe de la ejecución de Plan Comunicacional por el Día Mundial de la ITS-VIH/SIDA y la Impresión de documentos técnicos y Material Educativo
- ✓ Contrato de Servicios para la adquisición Pruebas rápidas y equipamiento.

Para: Mejorar la capacidad resolutiva, competencias y oferta asistencial en el Primer Nivel de Atención

- ✓ Mediante Informe N° 004-OCPYAP-DR-RAMD-2015, se remitió: Cartera de Información Creciente, Plan de Prevención de Salud, Lineamientos de Programación 2014, Plan de Promoción, Plan de Prevención, etc.
- ✓ Mediante Informe N° 005-OCPYAP-DR-RAMD-2015, se llevó a cabo en el mes de octubre, referido a: Atención Integral del Niño y Adolescente y Atención Integral del Adulto y Adulto Mayor
- ✓ Mediante Informe N° 006-OCPYAP-DR-RAMD-2015, acciones realizadas:
  - Requerimiento de RRHH necesarios para incrementar la capacidad resolutiva (Carta N° 644-DR-RAMMD-EsSalud-2015).
  - Se coordinó para la contratación de 01 Tecnólogo Médico de laboratorio y 01 Enfermera para el programa de Prevención y Control de TB.
  - Se realizó las gestiones para la incorporación de 01 plaza de Médico Serums para la PM Iberia.
- ✓ Mediante Informe N° 007-OCPYAP-DR-RAMD-2015, se coordinó el requerimiento de los equipos biomédicos correspondientes a las Postas Médicas (Carta N° 508-DR-RAMD-EsSalud-2015).
- ✓ Mediante Informe N° 008-OCPYAP-DR-RAMD-2015, se hace conocimiento el seguimiento la operatividad de los equipos en los establecimientos de salud con población adscrita que garanticen las prestaciones de la cartera de servicios de complejidad creciente

Gestión de la RAS

En el mes de Enero

- ✓ Se conformó el Comité Técnico de Acuerdos y Compromisos de Gestión - 2015, de la RAS Madre de Dios
- ✓ Se designó al Coordinador del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis - 2015, de la RAS Madre de Dios
- ✓ Se designó al Coordinador del programa de Prevención y Control de las ITS-VIH/SIDA - 2015, de la RAS Madre de Dios
- ✓ Se conformó el Sub Comité de Control Interno de la RAS Madre de Dios
- ✓ Se conformó el Comité de reforma de vida – 2015, de la RAS Madre de Dios
- ✓ Se conformó el Comité de Farmacovigilancia de la RAS Madre de Dios
- ✓ Se reconformó el Comité de Dengue de la RAS Madre de Dios
- ✓ Se reconformó el Comité de Infecciones Intrahospitalarias de la RAS Madre de Dios

En el mes de Febrero

- ✓ Se conformó Comisión Médica de Discapacidad de la RAS Madre de Dios
- ✓ Se conformó el Comité de Odontología de la RAS Madre de Dios
- ✓ Se reconformó el Comité de Auditoria Medica de la RAS Madre de Dios
- ✓ Se reconformó el Grupo de Trabajo de Gestión de Riesgos de Desastres – 2015, de la RAS Madre de Dios
- ✓ Se aprobó el Plan de Prevención y Respuesta Frente a la Influenza – 2015, periodo 2015, de la RAS Madre de Dios
- ✓ Se aprobó el Plan de Prevención y Respuesta Frente al Dengue - 2015, de la RAS Madre de Dios

En el mes de Marzo

- ✓ Se constituyó la Comisión Medica Calificadora de Incapacidades - COMECI de la Ley N° 26790, de la RAS Madre de Dios
- ✓ Se nombró a los profesionales de la salud como miembros del Comité Medico de Auditoria de Incapacidades

del H I Victor Alfredo Lazo Peralta, así como de las PM de la RAS Madre de Dios
- ✓ Se conformó el Comité de Autoevaluación de los establecimientos de salud y/o servicios médicos de apoyo de la RAS Madre de Dios

En el mes de Abril
- ✓ Se reconformó el Comité local de Intercambio Prestacional de la RAS Madre de Dios
- ✓ Se conformó el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente de la RAS Madre de Dios
- ✓ Se conformó el Sub Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo de la RAS Madre de Dios periodo 2015 - 2016,
- ✓ Se conformó las Brigadas de Emergencia de la RAS Madre de Dios
- ✓ Se conformó el Comité de Gestión y Manejo de Residuos Sólidos del H I Victor Alfredo Lazo Peralta, PM Iberia y PM Mazuco, periodo 2015-2016, de la RAS Madre de Dios
- ✓ Se reconformó el Comité de Auditoria Odontológica de la RAS Madre de Dios

En el mes de Mayo
- ✓ Se conformó el Comité de Salud Mental de la RAS Madre de Dios
- ✓ Se designó al Coordinador del Sistema de Diálisis Peritoneal de Atención Continua (DIPAC) en el del H I Victor Alfredo Lazo Peralta, de la RAS Madre de Dios
- ✓ designar coordinadora del servicio de banco de sangre del H I Victor Alfredo Lazo Peralta, de la RAS Madre de Dios
- ✓ Se constituyó el Comité de Referencia y Contrarreferencias de la RAS Madre de Dios

En el mes de Junio
- ✓ Se reconformó el Comité de Farmacovigilancia de la RAS Madre de Dios
- ✓ Se conformó el Comité Técnico de formulación del Plan Director de Inversiones de la RAS Madre de Dios
- ✓ Se conformó el Comité farmacológico de la RAS Madre de Dios
- ✓ Se conformó las Comisiones de Inventario Físico de Existencias en el Almacén Central; Farmacias, Depósitos y Postas periféricas de la RAS Madre de Dios
- ✓ Se conformó el Comité de Tecnovigilancia de la RAS Madre de Dios

En el mes de Julio
- ✓ Se conformó el Equipo de Rondas de Seguridad de la RAS Madre de Dios
- ✓ Se reconformó el Sub Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo de la RAS Madre de Dios, periodo 2015 - 2016,
- ✓ Se reconformó el Comité de Gestión y Manejo de Residuos Sólidos del H I Victor Alfredo Lazo Peralta; PM Iberia y PM Mazuco de la RAS Madre de Dios

En el mes de Agosto
- ✓ Se modificó a miembros del Comité de Referencia y Contrarreferencias de la RAS Madre de Dios
- ✓ Se designó al profesional médico de control del H I Victor Alfredo Lazo Peralta, de la RAS Madre de Dios
- ✓ Se aprobó el Manual de Procedimientos de Control de Personal de la Unidad de recursos humanos de la RAS Madre de Dios
- ✓ Se aprobó el Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo - 2015, del Sub Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo de la RAS Madre de Dios

En el mes de Setiembre
- ✓ Se conformó el Comité de Acreditación de los establecimientos de salud y/o Servicios Médicos de Apoyo de la RAS Madre de Dios
- ✓ Se constituyó el Circulo por los Derechos y la Humanización en de la RAS Madre de Dios
- ✓ Se reconformó el Comité de Auditoria Medica de la RAS Madre de Dios 2015
- ✓ Se reconformó el Comité de Dengue - 2015, de la RAS Madre de Dios
- ✓ Se conformó el Comité Evaluador Concurso "Personas que Dejan Huella", de la RAS Madre de Dios
- ✓ Se conformó el Comité de Prevención y Análisis de la Muerte Materna de la RAS Madre de Dios

En el mes de Octubre
- ✓ Se aprobó el Plan de Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarias de la RAS Madre de Dios
- ✓ Se aprobó el Plan de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias del H I Victor Alfredo Lazo Peralta, de la RAS Madre de Dios
- ✓ Se reconformó el Sub Comité de Implementación del Sistema de Control Interno de la RAS Madre de Dios

En el mes de Noviembre
- ✓ Se reconformó la Comisión Medica Calificadora de la Discapacidad de la RAS Madre de Dios
- ✓ Se designó a los profesionales Médicos de Control del H I Victor Alfredo Lazo Peralta y PM, de la RAS Madre de Dios periodo 2015 - 2016
- ✓ Se modificó la constitución de la Comisión Medica Calificadora de Incapacidades de la Ley N° 26790, para el ejercicio 2015 – 2017, de la RAS Madre de Dios
- ✓ Se reconformó el Comité Medico de Auditoria de Incapacidades del H I Victor Alfredo Lazo Peralta, 2015-

Red Asistencial MADRE DE DIOS

2017, así como de los PM de la RAS Madre de Dios.

- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria en Enfermería, de la RAS Madre de Dios

En el mes de Diciembre

- ✓ Se aprobó el Manual de Bioseguridad del Área de Laboratorio del H I Victor Alfredo Lazo Peralta, de la RAS Madre de Dios
- ✓ Se aprobó el Plan de Trabajo para la Implementación del Sistema de Control Interno de la RAS Madre de Dios
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Odontológica – 2016, de la RAS Madre de Dios
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoría Medica – 2016, de la RAS Madre de Dios
- ✓ Se constituyó funcionalmente la Oficina de Gestión de la Incapacidad Temporal, de la RAS Madre de Dios

Principales Gastos Logísticos (PAC – 2015)

Descripción (*)	Tipo de proceso	Valor estimado S/.
Adquisición de material de ferretería para mantenimiento de infraestructura de la RAS Madre de Dios por encargo	AMC	39,378.00
Adquisición de repuestos para mantenimiento de equipos biomédicos e instalaciones electromecánicas del H I Víctor Lazo Peralta de la RAS Madre de Dios por encargo	ADS	135,400.00
Adquisición de instrumental quirúrgico por reposición para la RAS Madre de Dios	AMC	19,544.00
Adquisición de material de ferretería	ADS	53,654.86
Adquisición de material médico fuera de cartilla de suministro centralizado (12 meses)	AMC	35,388.92
Adquisición de repuesto modulo analizador de gases para máquina de anestesia del H I Víctor Lazo Peralta de la RAS Madre de Dios	AMC	29,511.81
Contratación de servicio de mantenimiento correctivo de redes LAN y comunicación del H I Víctor Lazo Peralta y sede administrativa	AMC	31,400.00
Contratación de servicio tercerizados con residencia para el mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos de la RAS Madre de Dios, por un periodo de 12 meses, con dos (2) técnicos electrónicos a cargo del servicio	ADS	164,532.00
Contratación del servicio de alimentación y nutrición para el H I Víctor Lazo Peralta (12 meses)	ADP	513,740.66
Contratación del servicio de encapsulado e insonorizado del grupo electrógeno del H I Víctor Lazo Peralta mediante terceros a todo costo por encargo	ADS	44,700.00
Contratación del servicio de impresión de formatos para la RAS Madre de Dios	AMC	24,150.00
Contratación del servicio de mantenimiento de infraestructura del H I Víctor Lazo Peralta de la RAS Madre de Dios mediante terceros a todo costo por encargo	ADS	117,500.00
Contratación del servicio de mantenimiento de pisos y paredes de los centros asistenciales de la RAS Madre de Dios mediante terceros a todo costo por encargo	ADS	158,000.00
contratación del servicio de mantenimiento especializado del equipo: sistema de digitalización CR para equipo de rayos x del H I Víctor Lazo Peralta de la RAS Madre de Dios	AMC	21,531.00
Contratación del servicio de mantenimiento especializado para el equipo de mamografía del H I Víctor Lazo Peralta de la RAS Madre de Dios por encargo	ADS	60,000.00
Contratación del servicio de terceros a todo costo para el mantenimiento de infraestructura del almacén central de la RAS Madre de Dios	AMC	25,800.00
Pasajes terrestre regionales para el H I Víctor Lazo Peralta de RAS Madre de Dios	ADS	85,770.00
Servicio tercerizados con residencia para el mantenimiento preventivo y correctivo de equipos electromecánicos de la RAS Madre de Dios, por un periodo de 12 meses, con un (1) técnico electricista y/o mecánico a cargo del servicio	ADS	76,020.00
Total		1'636,021.25

(*) Periodos de 12 meses

Principales Cursos Talleres llevados a cabo

1. Manejo y transporte del politraumatizado, dirigido a 28 Participantes (S/. 4,040).
2. Lectura de EKG, dirigido a 20 Participantes (S/. 2,260)
3. Manejo de pacientes con problemas metabólicos, dirigido a 25 Participantes (S/. 2,260)
4. Actualización en la prevención, control y manejo de la TB en el I nivel de atención, con la nueva normatividad para TB" y "Evaluación de Indicadores Operacionales y epidemiológicos del programa de TB", dirigido a 32 Participantes (S/. 2,260)
5. Normas Internacionales de Información Financiera NIIF's, dirigido a 11 Participantes (S/. 2,160)
6. Atención integral de salud en la gestante y del niño, dirigido a 39 Participantes (S/. 2,260)
7. Atención integral de salud del adulto y adulto mayor, dirigido a 32 Participantes (S/. 2,260)
8. Seguridad en sistemas de información y normas ISO 27001 y 27002, dirigido a 10 Participantes (S/. 1,900)

Red Asistencial MADRE DE DIOS
9. Actualización en bioseguridad, dirigido a 33 Participantes (S/. 2,260) 10. Medicina complementaria, dirigido a 15 Participantes (S/. 2,110) 11. Actualización en salud ocupacional, dirigido a 37 Participantes (S/. 2,160) 12. Humanización en los servicios de salud, dirigido a 25 Participantes (S/. 1,820) 13. Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios, dirigido a 31 Participantes (S/. 2,160) 14. Actualización en el manejo integral del paciente con VIH/SIDA en el Primer Nivel de Atención, dirigido a 26 Participantes (S/. 2,260) 15. Manejo del sistema SAP Controling, dirigido a 13 Participantes (S/. 1,960)

V°B° Econ. A. Verástegui SubGerente - ESSALUD -

V°B° Ing. A. ROJAS - ESSALUD -

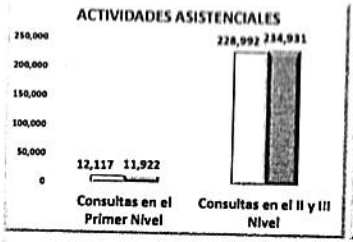
V°B° V. REYNA Gerente - ESSALUD -

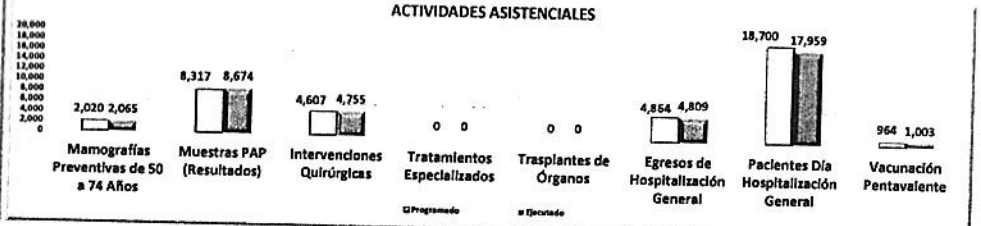
Evaluación del Plan Operativo Institucional 2015 - Desagregado

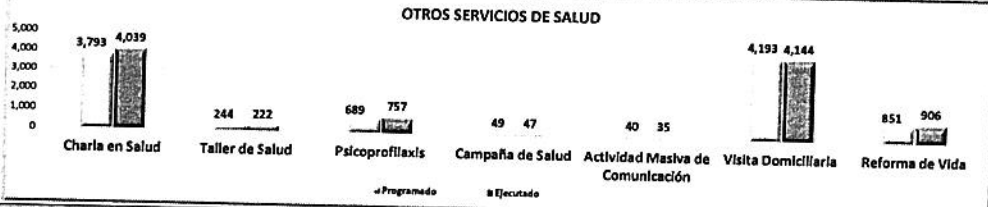
Red Asistencial MOQUEGUA

ACTIVIDADES OPERATIVAS - ASISTENCIALES

	PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD	UNIDAD DE MEDIDA	AI IV Trimestre		Cumplimiento %
			Programado	Ejecutado	
1	Consultas en el Primer Nivel	Consultas	12,117	11,922	98%
2	Consultas en el II y III Nivel	Consultas	226,992	234,931	103%
3	Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años	Mamografías preventivas con resultado	2,020	2,065	102%
4	Muestras PAP (Resultados)	Exámenes PAP con resultado	8,317	8,674	104%
5	Intervenciones Quirúrgicas	Intervenciones Quirúrgicas	4,607	4,755	103%
6	Tratamientos Especializados	Tratamientos Especializados	0	0	0%
7	Trasplantes de Órganos	Trasplantes	0	0	0%
8	Egresos de Hospitalización General	Egresos	4,864	4,809	99%
9	Pacientes Día Hospitalización General	Paciente día	18,700	17,959	96%
10	Vacunación Pentavalente	Vacunas (3ª dosis)	964	1,003	104%
11	Otros servicios de Salud				
11.1	Charla en Salud	Charlas	3,793	4,039	106%
11.2	Taller de Salud	Sesiones	244	222	91%
11.3	Psicoprofilaxis	Sesiones	689	757	110%
11.4	Campaña de Salud	Campañas	49	47	96%
11.5	Actividad Masiva de Comunicación	Eventos	40	35	88%
11.6	Visita Domiciliaria	Visitas	4,193	4,144	99%
11.7	Reforma de Vida	Sesiones	851	906	106%







Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel >= 100% son: Consultas en el II y III Nivel (103%), Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años (102%), Muestras PAP (104%), Interv.Qx. (103%) y Vacunación Pentavalente (104%).

De las 07 Actividades denominadas Otros Servicios de Salud, tres (03) muestran un avance >=100% y una (01) se encuentran con un nivel de avance menor al 95% siendo estas: Taller de Salud (91%) y Actividades Masivas de Comunicación (88%).

INICIATIVA DE GESTIÓN — AVANCE POI - 2015 — EXCELENTE

Actividades	Responsable	Fec. Ini Reflan	Fec. Fin Reflan	Valor %	Valor ganado	Valor planeado	Indice Plazo actual	Hitos ejecutados N° HITOS	SI (100%)	NO (0 %)	AVANCE	Avance %
(15)131.Fortalecer el primer nivel de atención en la Red Asistencial Moquegua	Fernando Valdez	01-ene	31-dic	100	80	100	0.8	3	2	1	0	66.67%
(15)132.Implementar Proyectos de mejora en los servicios de consulta Externa, Hospitalización y Emergencia.	Fernando Valdez	30-mar	31-dic	100	85.5	100	0.855	4	2	0	2	50.00%
(15)133.Fortalecer el concepto de humanización en las actividades de los EESS de la Red Asistencial	Fernando Valdez	01-ene	31-dic	100	100	100	1	4	4	0	0	100.00%
(15)134.Realizar la Autoevaluación para la acreditación de los EESS de la Red Asistencial Moquegua	Fernando Valdez	01-ene	31-dic	100	90	100	0.9	4	2	0	2	50.00%
(15)135.Disminuir la alta incidencia de cancer de cuello uterino en la población femenina de la Red	Margot Lazo	01-ene	31-dic	100	100	100	1	3	3	0	0	100.00%
(15)136.Disminuir la alta incidencia de cancer de mama en la población femenina de la Red Asistencia	Margot Lazo	01-ene	31-dic	100	100	100	1	4	4	0	0	100.00%
(15)137.Aplicar la 3ª dosis de la vacuna pentavalente a la población asegurada menores de 1 año para	Margot Lazo	01-ene	31-dic	100	98.8	100	0.988	3	2	0	1	66.67%
(15)138.Disminuir la alta incidencia de pacientes con enfermedad renal crónica en la Red Asistencial	Margot Lazo	01-ene	31-dic	100	94	100	0.94	3	2	0	1	66.67%
(15)139.Disminuir la tasa de pacientes con TBC en la Red Asistencial Moquegua	Margot Lazo	01-ene	31-dic	100	75	100	0.75	4	3	1	0	75.00%
(15)140.Mejorar la calidad de vida de pacientes asegurados con sindorme metabólico en la RAS	Margot Lazo	01-ene	31-dic	100	95.9	100	0.959	6	4	0	2	66.67%
Iniciativa de Gestión		01-ene	31-dic	100	91.92	100.00		38	28	2	8	73.68%

1)Creación del CM Pampa Inalámbrica – Ilo (Carta N° 648-DRAMOQ-ESSALUD-2015), CM San Antonio – Moquegua (Carta N° 749-DRAMOQ-ESSALUD-2015), CM Samegua – Moquegua (Carta N° 648-DRAMOQ-ESSALUD-2015), CM Cuchumbaya – Moquegua (Carta N° 852-DRAMOQ-ESSALUD-2015). 2)Mediante Cartas N° 1671 y 1675-DRAMOQ-ESSALUD-2015, se reitera la solicitud para la creación de 4 nuevos Centros Médicos (Samegua, Pampa Inalámbrica, San Antonio y Cuchumbaya)

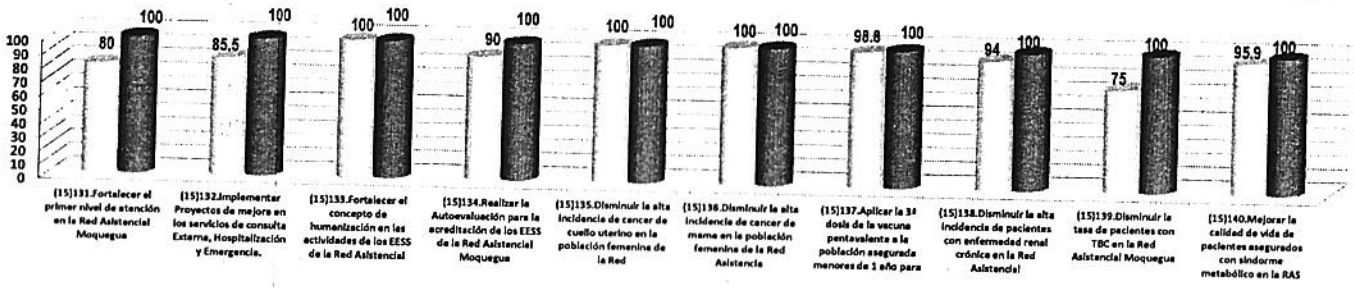
1)Carta N° 049-ODAE-RAMOQ-ESSALUD-2015, diagnostico de quejas de la RAS. 2)Se ejecutaron 6 proyectos de mejora, Informe N° 307-JSEHM-DRAMOQ-ESSALUD-2015, Carta N° 125-FAR-JDAD-HI-SGPSS-DRAMOQ-ESSALUD-2015, Carta N° 002-DPC-DRAMOQ-2015: • PM Procesos de limpieza, desinfección y esterilización del Serv.Central de Esterilización del H II Moquegua. • PM Diseño, Validación y Producción del kit educativo de Salud Oral Boquita Sana con Odontito - CAPII Torata. • PM fortalecimiento de la seguridad del paciente en la prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria en el servicio de pediatría, neología - 2015. • PM Implementación del Sistema de Distribución de medicamentos en Dosis Unitaria (SDMDU) en el servicio de medicina del H II de Ilo. • PM Optimización de la oferta de citas en consulta externa y conformación de equipo de trabajo del H II Moquegua.

1) Curso Humanización: 100 trabajadores. 2)Carta N° 12 –RI-DRAMOQ-ESSALUD -2015, 4 actividades (195 personas). 3)Carta N° 002-RI-DRAMOQ-ESSALUD-2015, Activ. humanización, campañas de atención médica, de defensoría de asegurado etc., participación de 890 personas. 4)Carta N° 101-JSE-DRAMOQ-ESSALUD-2015, se informó: • 85% de los pac. hospitalizados o sus familiares están informados. • 80% de los pac. dependientes tiene familiares con pase de visita.

1)Informe N° 003-Ac-DPCYRM-DRAMOQ-Essalud-2015, Plan de Acciones de Mejoras del H II Moquegua de la Autoevaluación 2014. 2)Emisión documentos para el levantamiento de observaciones de la 1era.autoevaluación -2014. 3)Informe N° 41-DPYC-HI-RAMOQ-ESSALUD-2015, del 30-09-2015, se presentó el Plan del Autoevaluación del H II Ilo y con Carta N° 212-UPCRM-OPC-DRAMOQ-ESSALUD-2015, de la PM Omate y CAP II Torata. 4)Se realizó la segunda autoevaluación del H II Ilo (CARTA N° 786-DHI-DRAMOQ-ESSALUD-2015), de la PM Omate (Informe N° 007-AC-UPCYRM-ESSALUD-2015) y la autoevaluación del CAP II Torata

1)Carta N° 007-JSGO-DC-DRAMOQ-ESSALUD-2016: • Se programó una obstetra todos los días mañana y tarde para tamizaje de Ca. Cuello Uterino, además de contar con 80 HE. • Se tomaron 9061 muestras PAP el año 2015, sobre la meta 8314, logrando un avance de 109%. 2) Carta N° 006-JSGO-DC-DRAMOQ-ESSALUD-2016: • Haber programado a una obstetra todos los días mañana y tarde para la realización de tamizaje. • Captado 2360 pacientes con Ca. Mama. • Realizado 2065 mamografías.

1)Carta N° 42-15-UPA-RAMOQ-ESSALUD-2015, se informó: • Que de Enero a Agosto-2015, se logró identificar 75 pacientes con riesgos de ERC. • Durante el año 2015, se han realizado 4365 atenciones a pacientes en riesgo de ERC. • De Enero a Agosto-2015, se ha realizado el seguimiento y control a 436 pacientes en riesgo de ERC. 2) Carta N° 003-Prog.Esp.-DRAMOQ-ESSALUD-2016, se informó: • Captación de 2962 sintomáticos respiratorios el año 2015. • Que de enero a diciembre-2015, se ha realizado 75 actividades para captación de pacientes sintomáticos respiratorios. • De la comparación de los indicadores trimestrales: 1.67% (I Trim.), 1.88% (II Trim.), 1.82% (III Trim.) y 1.44% (IV Trim.), captados cada trimestre.





Patron de Comportamiento de los Indicadores del POI - FONAFE de la Red Asistencial MOQUEGUA

1. Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva del I Nivel de Atención	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Ratio	0.68	0.05

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

2. Diferimiento de Citas Consulta Externa pacientes referidos del I al III Nivel	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	11	11

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

3. Promedio de Permanencia en Hospitalización General	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	3.64	3.64

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

4. Porcentaje de Pacientes en Sala de Observación < = 24 Horas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Porcentaje (%)	100.00%	98.00%

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

5. Tiempo de Espera de Intervención Quirúrgica	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	22	22

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

6. Cobertura de Tamizaje de Cancer de Cuello Uterino	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	30.00%	30.01%

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

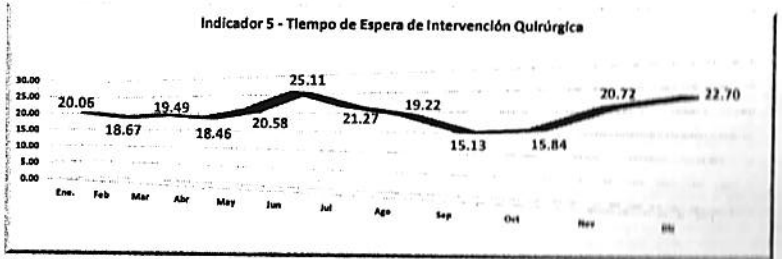
7. Cobertura de Tamizaje de Mamografías Preventivas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	21.80%	22.49%

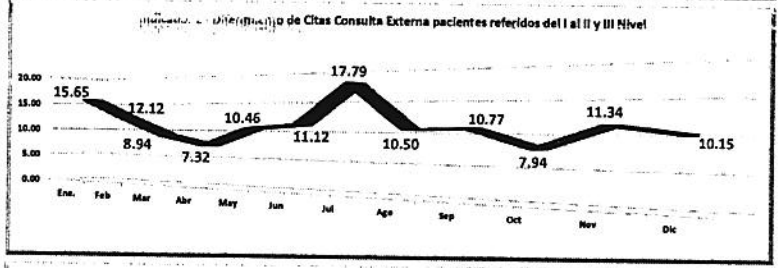
Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

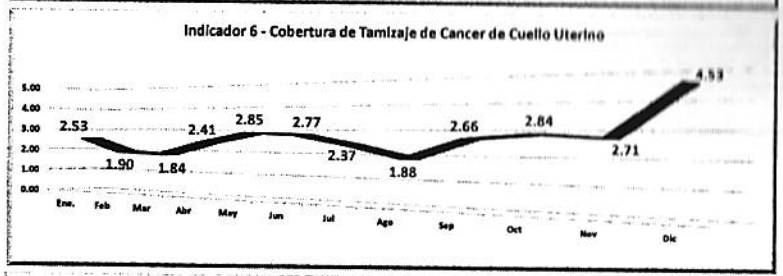
8. Cobertura de Vacunación Pentavalente (3era dosis)	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	85.00%	78.06%

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

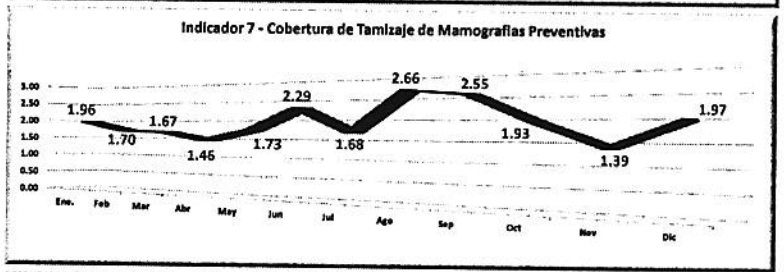


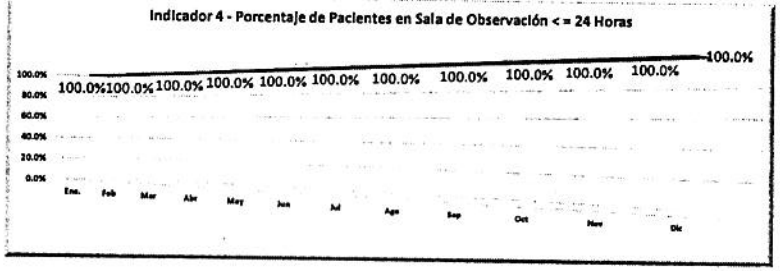


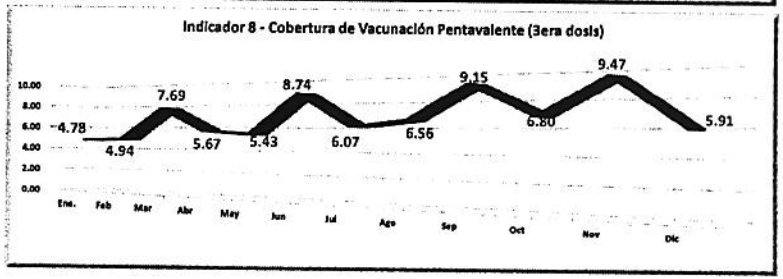






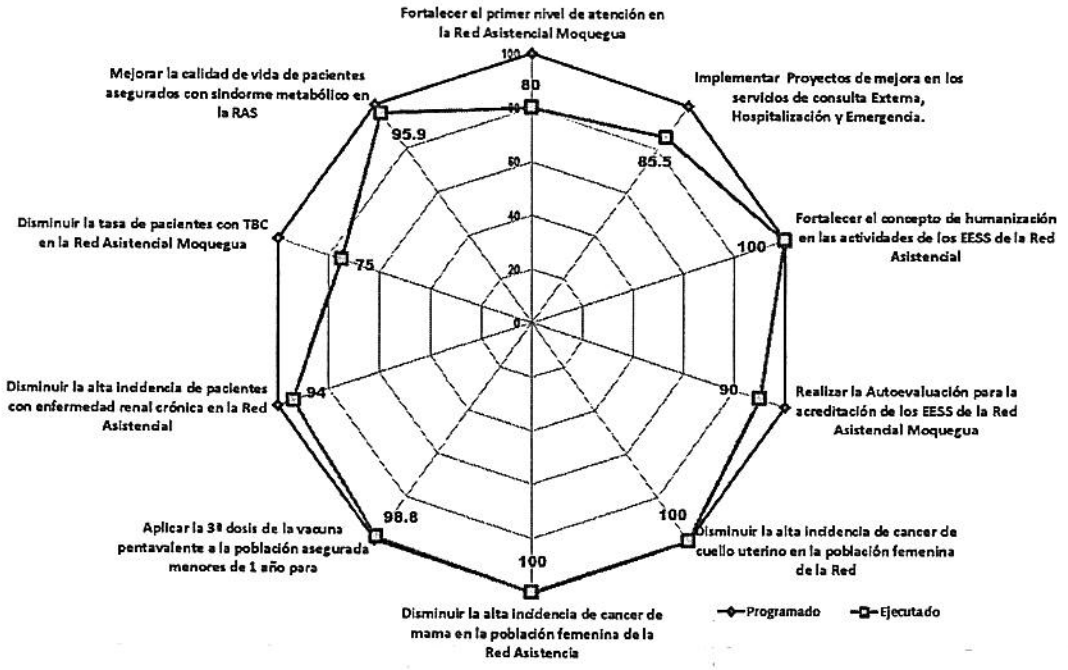






Red Asistencial MOQUEGUA

Actividades Desarrolladas para el cumplimiento de la Iniciativas de Gestión



Para: Fortalecer el primer nivel de atención en la Red Asistencial Moquegua

- ✓ Se ha elaboró y presentó expedientes técnico para la creación del CM Pampa Inalámbrica – Ilo (Carta N° 648-DRAMOQ-ESSALUD-2015), CM San Antonio – Moquegua (Carta N° 745-DRAMOQ-ESSALUD-2015), CM Samegua – Moquegua (Carta N° 648-DRAMOQ-ESSALUD-2015), CM Cuchumbaya – Moquegua (Carta N° 852-DRAMOQ-ESSALUD-2015).
- ✓ Levantadas las Observaciones efectuadas por la Sede Central Mediante Cartas N° 1671 y 1675-DRAMOQ-ESSALUD-2015, se reitera la solicitud para la creación de 4 nuevos Centros Médicos (Samegua, Pampa Inalámbrica, San Antonio y Cuchumbaya)

Para: Implementar Proyectos de mejora en los servicios de consulta Externa, Hospitalización y Emergencia.

- ✓ Mediante Carta N° 049-ODAE-RAMOQ-ESSALUD-2015, la Oficina de Defensoría de Asegurado presento el diagnostico de quejas de la RAS
- ✓ Se ejecutaron 6 proyectos de mejora, 4 han sido finalizados y 2 están por finalizar Informe N° 307-JSEHM-DRAMOQ-ESSALUD-2015, Carta N° 125-FAR-JDAD-HI-SGPSS-DRAMOQ-ESSALUD-2015, Carta N° 002-OPC-DRAMOQ-2015:
  - Proyecto de Mejora de los Procesos de limpieza, desinfección y esterilización del Servicio de Central de Esterilización del H II Moquegua.
  - Proyecto de Mejora Diseño, Validación y Producción del kit educativo de Salud Oral Boquita Sana con Odontito, dentro del Programa Escuela sin caries - CAPII Torata.
  - Proyecto de Mejora fortalecimiento de la seguridad del paciente en la prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria en el servicio de pediatría, neología - 2015.
  - Proyecto de Mejora "Implementación del Sistema de Distribución de medicamentos en Dosis Unitaria (SDMDU) en el servicio de medicina del H II de Ilo.
  - Proyecto de Mejora Optimización de la oferta de citas en consulta externa y conformación de equipo de trabajo del H II Moquegua.

Para: Fortalecer el concepto de humanización en las actividades de los EESS de la Red Asistencial

- ✓ Se ha desarrollado el curso Humanización con la participación de 100 trabajadores, mediante Carta N° 12 –RI-

Red Asistencial MOQUEGUA

DRAMOQ-ESSALUD -2015, informa de 4 actividades con la participación de 195 personas.

- ✓ Mediante Carta N° 002-RI-DRAMOQ-ESSALUD-2015, se informan actividades enmarcadas en la política de humanización, campañas de atención médica, de defensoría de asegurado etc., con la participación de 890 personas.
- ✓ Mediante Carta N° 101-JSE-DRAMOQ-ESSALUD-2015, se informó:
  - Que, el 85% de los pacientes hospitalizados o sus familiares están informados, siendo la meta el 80% de los pacientes
  - Que, el 80% de los pacientes dependientes tiene familiares con pase de visita, siendo la meta el 70%.

Para: Realizar la Autoevaluación para la acreditación de los EESS de la Red Asistencial Moquegua

- ✓ Mediante Informe N° 003-Ac-DPCYRM-DRAMOQ-Essalud-2015, se remitió el Plan de Acciones de Mejoras del H II Moquegua de la Autoevaluación 2014
- ✓ Se han emitido diversos documentos para el levantamiento de observaciones de la primera autoevaluación realizado en el año 2014: Informe N° 27-SDI-JDAYT-RAMOQ-ESSALUD-2015, Carta N° 19-JDM-DRAMOQ-ESSALUD-2015, Carta N° 028-JSGO-DC-RAMOQ-ESSALUD-2015, Carta N° 318 URH-2015, Carta N° 022-DC-RAMOQ-ESSALUD-2015, Carta N° 21-JSGO-DC-RAMOQ-ESSALUD-2015
- ✓ Mediante Informe N° 41-DPYC-HI-RAMOQ-ESSALUD-2015, del 30-09-2015, se presentó el Plan del Autoevaluación del H II IIo y con Carta N° 212-UPCRM-OPC-DRAMOQ-ESSALUD-2015, de la PM Omate y CAP II Torata
- ✓ Se realizó la segunda autoevaluación del H II IIo (CARTA Nª 788-DHI-DRAMOQ-ESSALUD-2015), de la PM Omate (Informe N° 007-AC-UPCYRM-ESSALUD-2015) y la autoevaluación del CAP II Torata

Para: Disminuir la alta incidencia de cáncer de cuello uterino en la población femenina de la Red

- ✓ Mediante Carta N° 007-JSGO-DC-DRAMOQ-ESSALUD-2016, se informó:
  - Que de enero a diciembre se realizaron reuniones con jefes de departamento y servicios para captación de mujeres PAP
  - Se programó una obstetra todos los días mañana y tarde para tamizaje además de contar con 80 HE
  - Se tomaron 9061 muestras PAP el año 2015, sobre la meta 8314, logrando un avance de 109%

Para: Disminuir la alta incidencia de cáncer de mama en la población femenina de la Red Asistencia

- ✓ Mediante Carta N° 006-JSGO-DC-DRAMOQ-ESSALUD-2016, se informó:
  - Haber desarrollado reuniones de trabajo de enero a diciembre – 2015, a fin de sensibilizar a jefes y personal involucrado, para la de captación de pacientes con riesgo de cáncer de mama.
  - Haber programado a una obstetra todos los días mañana y tarde para la realización de tamizaje
  - Haber captado 2360 pacientes de enero a diciembre del 2015
  - Haber realizado 2065 mamografías, teniendo una meta de 1958, con lo cual se logró un avance del 105%

Para: Aplicar la 3ª dosis de la vacuna pentavalente a la población asegurada menores de 1 año

- ✓ Mediante Carta N° 006-UPCRM-OPC-DRAMOQ-ESSALUD-2016, se informó que se ha logrado aplicar la tercera pentavalente a 1009 niños el 2015, lo que representa un logro del 96.12% de la meta programada.
- ✓ Con informe N° 002-JVVM-RAMOQ-ESSALUD-MOQUEGUA, se Informa que se ha instalado una línea telefónica y se viene utilizando el servicio para realizar llamadas a domicilios
- ✓ Según informe Nª 001-2016-JVVM-RAMOQ-ESSALUD-2015; se informa la realización de una campaña de vacunación, 216 visitas domiciliarias regulares y 40 visitas en campaña del 14 al 18 de diciembre del 2015

Para: Disminuir la alta incidencia de pacientes con enfermedad renal crónica en la Red Asistencial

- ✓ Mediante Carta N° 42-15-UPA-RAMOQ-ESSALUD-2015, se informó:
  - Que de Enero a Agosto-2015, se logró identificar 75 pacientes con riesgos de ERC.
  - Durante el año 2015, se han realizado 4365 atenciones a pacientes en riesgo de ERC.
  - De Enero a Agosto-2015, se ha realizado el seguimiento y control a 436 pacientes en riesgo de ERC

Para: Disminuir la tasa de pacientes con TBC en la Red Asistencial Moquegua

- ✓ Mediante Carta N° 003-Prog.Esp.-DRAMOQ-ESSALUD-2016, se informó:
  - Captación de 2962 sintomáticos respiratorios el año 2015
  - Que de enero a diciembre-2015, se ha realizado 75 actividades para captación de pacientes sintomáticos respiratorios
  - De la comparación de los indicadores trimestrales: 1.67% (I Trim.), 1.88% (II Trim.), 1.82% (III Trim.) y

1.44% (IV Trim.), captados cada trimestre

Para: Mejorar la calidad de vida de pacientes asegurados con síndrome metabólico en la RAS

- ✓ Mediante Carta N° 001-RVR-RAMOQ/ESSALUD-2016, se informó:
  - Se realizó el Tamizaje de 3479 pacientes lo que representa un avance del 102% sobre la meta
  - En el año 2015 se ha diagnosticado a 895 pacientes con Síndrome Metabólico
  - Durante el año 2015, se realizaron 783 (charlas/talleres-sesiones).
  - Se han controlado 181 pacientes con síndrome metabólico en la RAS Moquegua
- ✓ Mediante Informe N° 104-JSPC-JDADT-ESSALUD-2015, se solicitó la contratación de IPRES para apoyo de toma de muestras Extramuro.
- ✓ Mediante Carta N° 5792-GCGP-ESSALUD-2015, aprobó 2500 horas extras para tecnólogo médico,
- ✓ Durante el año 2015, se ha contado con el apoyo de un médico del Servicio de Medicina dos veces por semana, lo que ha permitido realizar la evaluación de los pacientes con Síndrome Metabólico

Gestión de la RAS

En el mes de Enero

- ✓ Se aprobó: la GCP Infección Urinaria N° 39.9, GPC de Neumonía Adquirida en la Comunidad J18.9, GPC Faringitis Aguda J02.9, GPC Bacteriemia A41.9.
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Medica del H II Ilo, del H II Moquegua, de la RAS Moquegua
- ✓ Se conformó el Grupo de Trabajo de la gestión del Riesgo de Desastres de la RAS Moquegua.
- ✓ Se conformó el Comité Médico de Auditoria de Incapacidades del H II Ilo.
- ✓ Se aprobó las Guías de Atención de Enfermería en Centro Quirúrgico del H II Ilo – RAS Moquegua.

En el mes de Febrero

- ✓ Se conformó el Comité de Supervisión del Servicio de Hemodiálisis del H II Moquegua, de la RAS Moquegua.
- ✓ Se conformó el Comité Técnico de Acuerdos y Compromisos de Gestión – 2015, de la RAS Moquegua
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoría Odontológica - 2015, del H II Moquegua - de la RAS Moquegua
- ✓ Se aprobó el Manual de Salud Ocupacional del H II Ilo - de la RAS Moquegua
- ✓ Se conformó: el Comité Materno Perinatal, el Comité Gestión y Manejo de Residuos Sólidos, el Comité el Sub-Comité de Seguridad y Salud, el Comité de Auditoria Odontológica, el Comité Salud Renal, el Comité Hospitalario de Defensa Civil, el Comité de ITS-VIH/SIDA, el Comité de Gestión, del H II Ilo - de la RAS Moquegua
- ✓ Se conformó la Comisión Medica Evaluadora de Incapacidades del Decreto Ley 19990 de la RAS Moquegua,
- ✓ Se conformó: el Comité de Gestión y Manejo Residuos Sólidos, el Comité Materno Perinatal, el Comité de Infecciones Intrahospitalarias, el Comité de Cesáreas, el Comité de TBC, el Equipo de las Rondas de Seguridad, el Equipo de Trabajo de Investigación de Eventos Adversos, el Equipo de Practicas Seguras y Gestión de Prevención de Riesgos del Paciente, del H II Moquegua de la RAS Moquegua.
- ✓ Se conformó: el Comité Materno Perinatal, la Comisión Medica Evaluadora de Incapacidades de la Ley N° 26790, el Equipo de las Rondas de Seguridad, el Comité de Salud Mental, el Comité Farmacológico, de la RAS Moquegua.

En el mes de Marzo

- ✓ Se conformó: el Comité de ITS-VIH/SIDA, el Comité Farmacovigilancia Local, el Comité de Bioseguridad, el Comité de Atención Integral del Adolescente, del H II Moquegua - de la RAS Moquegua.
- ✓ Se aprobó el Manual de Procedimientos de la Central de Esterilización, Guía de Procedimientos de Limpieza Hospitalaria, Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria y Programa de Capacitación Continua en Central de Esterilización, del H II Ilo de la RAS Moquegua
- ✓ Se aprobaron los Planes Anuales de Auditoria Odontológica del H II Ilo y H II Moquegua
- ✓ Se aprobó el Plan de Acción de Mejora del H II Moquegua del Proceso de Autoevaluación 2014, del H II Moquegua.

En el mes de Abril

- ✓ Se aprobó el Plan de Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios y el Plan de Contingencia del H II Ilo

En el mes de Mayo

- ✓ Se aprobó el Plan de Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios del H II Moquegua.
- ✓ Se aprobó las GPC del Servicio de Pediatría del H II Moquegua.

En el mes de Junio

- ✓ Se aprobó el Proyecto de Mejora, Diseño, Validación y Producción del kit educativo de Salud Oral - Boquita

Red Asistencial MOQUEGUA

Sana con Odontito, dentro del Programa Escuela sin Caries para ser ejecutado en el CAPII Torata.

En el mes de Julio

- ✓ Se conformó el Comité de Historias Clínicas del H II Moquegua
- ✓ Se conformó el Comité de Prevención de Mortalidad Materna y Perinatal del H II Ilo de la RAS Moquegua.

En el mes de Agosto

- ✓ Se aprobó el Plan de Difusión de Deberes y Derechos de los Usuarios de EsSalud.
- ✓ Se aprobó la Guía de Procedimientos de Enfermería en el Servicio de Cirugía y la Guía de Atención de Enfermería del Servicio de Cirugía del H II Ilo.
- ✓ Se aprobó el Manual de Normas y Procedimientos del Área de Microbiología - 2015 del Servicio Patología Clínica del H II Moquegua de la RAS Moquegua
- ✓ Se conformó el Comité Técnico de Formulación del Plan Director de la RAS Moquegua
- ✓ Se aprobó el Proyecto de Mejora de los Procesos de Limpieza, Desinfección y Esterilización del Servicio de Central de Esterilización del H II Moquegua.
- ✓ Se aprobó el Proyecto de Mejora, Fortalecimiento de la Seguridad del Paciente en la Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria en el Servicio de Pediatría, Neonatología - 2015.

En el mes de Setiembre

- ✓ Se conformó el I Circulo de los Derechos y la Humanización del H II Ilo de la RAS Moquegua.
- ✓ Se aprobó el Proyecto de Mejora, Implementación del Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria (SDMDU) en el Servicio de Medicina del H II Ilo.
- ✓ Se aprobó el Proyecto Gerontológica Social por el Día Internacional del Adulto Mayor denominado "Estimulo y Reconocimiento al Mérito de Personas Adultas Mayores Activas, afiliadas al CAM Moquegua - 2015.

En el mes de Octubre

- ✓ Se aprobó el Plan Anual de Trabajo del Órgano de Administración de Archivos Desconcentrados de la RAS Moquegua - 2016.

En el mes de Noviembre

- ✓ Se reasignaron a los Coordinadores ante el Comité Local de Coordinación del Intercambio de Prestaciones de la RAS Moquegua.
- ✓ Se conformó el Comité de Farmacovigilancia Local del H II Moquegua y de la RAS Moquegua.
- ✓ Se conformó el Circulo de los Derechos y la Humanización del H II Moquegua.

En el mes de Diciembre

- ✓ Se constituyó la Comisión Médica Calificadora de la Incapacidad - CMCI de la Ley 27023 – RAS Moquegua - periodo 2016-2018
- ✓ Se conforma el Sub Comité de Implementación del Sistema de Control Interno en la RAS Moquegua
- ✓ Se aprobó el Manual de Procedimientos del Centro Quirúrgico, del H II Ilo - de la RAS Moquegua
- ✓ Se conformó la Comisión de Inventario Físico del Almacén Central de la RAS Moquegua - 2015.
- ✓ Se conformó el Equipo de Acreditación del H II Ilo, de la RAS Moquegua.
- ✓ Se conformó el Comité de Autoevaluación para acreditación del H II Ilo, de la RAS Moquegua.
- ✓ Se reconformó el Equipo de Practicas Seguras y Gestión de Prevención de Riesgos del Paciente de la H II Moquegua, de la RAS Moquegua.
- ✓ Se designó a la Coordinadora del Programa de Reforma de Vida Renovada de la RAS Moquegua.
- ✓ Se reconformó el Comité Transfusional del H II Moquegua, de la RAS Moquegua.
- ✓ Se reconformó el Comité de Bioseguridad del H II Moquegua, de la RAS Moquegua.
- ✓ Se reconformó el Comité de Salud Mental de la RAS Moquegua.
- ✓ Se reconformó el Equipo de las Rondas de Seguridad del H II Moquegua, de la RAS Moquegua.
- ✓ Se reconformó el Comité de TBC, del H II Moquegua, de la RAS Moquegua.
- ✓ Se reconformó el Comité Materno Perinatal, de la RAS Moquegua
- ✓ Se reconformó el Comité de Supervisión del Servicio de Hemodiálisis del H II Moquegua, de la RAS Moquegua.
- ✓ Se conformó el Centro de Operaciones de Emergencia de la RAS Moquegua.
- ✓ Se conformó el Comité Farmacoterapéutico de la RAS Moquegua

Principales Gastos Logísticos (PAC – 2015)

Descripción (*)	Tipo de proceso	Valor estimado S/.

Red Asistencial MOQUEGUA

Adquisición de monitor personal de exposición al ruido sonómetro y calibrador para el CEPRIT de la RAS Moquegua	AMC	16,890.00
Adquisición de papel toalla para la RAS Moquegua	AMC	34,648.00
Adquisición de pinzas bipolares con cuchilla de corte, incluye equipo en cesión de uso para centro quirúrgico de la RAS Moquegua	ADS	135,000.00
Adquisición por reposición de centrales telefónicas ip para los centros asistenciales del H II Moquegua y sede administrativa de la RAS Moquegua	ADP	373,300.00
Servicio a todo costo de reparación de techos y falso techo de coberturas de los servicios del H II Moquegua que cuentan con ambientes en driwall	ADS	47,000.00
Servicio de alimentación y nutrición para los H II de Ilo y Moquegua de la RAS Moquegua	CP	524,548.80
Servicio de arrendamiento de inmueble para el funcionamiento de la sede administrativa de la RAS Moquegua	AMC	48,000.00
Servicio de arrendamiento de inmueble para el funcionamiento del almacén central y archivo central de la RAS Moquegua	AMC	39,360.00
Servicio de arrendamiento de inmueble para el funcionamiento del CAM Moquegua de la RAS Moquegua	AMC	27,600.00
Servicio de lectura de exámenes radiográficos, mamográficos y tomográficos para la RAS Moquegua	AMC	149,932.00
Servicio de mantenimiento de ascensores de la RAS Moquegua	AMC	19,860.00
Servicio de mantenimiento especializado del incinerador pirolitico de 50 kg con lavador de gases del H II Ilo de la RAS Moquegua	AMC	35,300.00
Servicio de mensajería y correspondencia para la RAS Moquegua	AMC	22,584.85
Servicio de movilidad local para realizar prestaciones asistenciales domiciliarias en el H II Ilo de la RAS Moquegua – PADOMI - Ilo	AMC	39,420.00
Servicio de movilidad local para realizar prestaciones asistenciales domiciliarias en el H II Moquegua de la RAS Moquegua - PADOMI Moquegua	AMC	39,710.00
Servicio de toma de exámenes ecográficos doppler y convencionales para la RAS Moquegua	AMC	107,300.00
Servicio de transporte terrestre de pacientes de la RAS Moquegua referidos a CAS de la red y de otras redes	CP	2,183,082.00
Servicio de traslado de pacientes hemodializados del H II Ilo de la RAS Moquegua	ADS	164,160.00
Total		4'07,695.65

(*) Periodos de 12 meses

V°B° V. REYNA Gerente ESSALUD

Principales Cursos Talleres llevados a cabo

1. Soporte vital básico y transporte del paciente critico en emergencia, dirigido a 60 Participantes (S/. 6,840)
2. Entrenamiento de personal en primeros auxilios y brigadas en apoyo al servicio de emergencia, dirigido a 80 Participantes (S/. 4,000)
3. Reanimación cardiopulmonar avanzada, dirigido a 30 Participantes (S/. 4,000)
4. Capacitación en servicio atención de recién nacido de alto riesgo, dirigido a 20 Participantes (S/. 6,000)
5. Nueva Ley de Contrataciones del Estado, dirigido a 30 Participantes (S/. 8,000)
6. Microbiología parasitología técnicas de identificación, dirigido a 20 Participantes (S/. 4,500)
7. Humanización, calidad de servicio y atención al cliente, dirigido a 60 Participantes (S/. 7,000)
8. Aplicación de la ley servir y su normativa, dirigido a 45 Participantes (S/. 6,680)

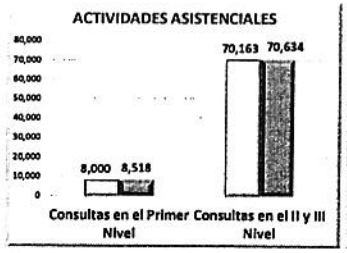
V°B° Econ. A. Heredia Subgerente

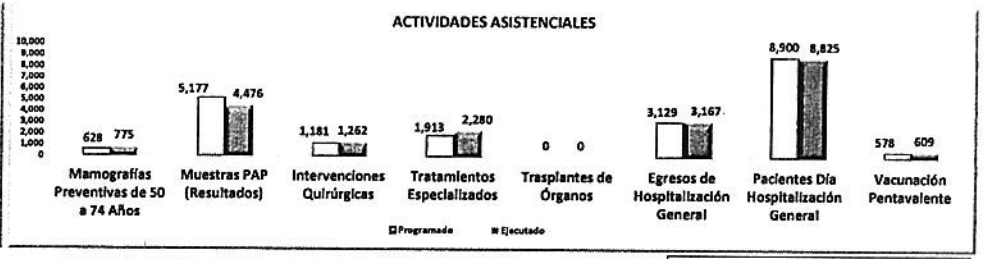
Evaluación del Plan Operativo Institucional 2015 - Desagregado

Red Asistencial MOYOBAMBA

ACTIVIDADES OPERATIVAS - ASISTENCIALES

	PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD	UNIDAD DE MEDIDA	AL IV Trimestre		Cumplimiento %
			Programado	Ejecutado	
1	Consultas en el Primer Nivel	Consultas	8,000	8,518	106%
2	Consultas en el II y III Nivel	Consultas	70,163	70,634	101%
3	Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años	Mamografías preventivas con resultado	628	775	123%
4	Muestras PAP (Resultados)	Exámenes PAP con resultado	5,177	4,476	86%
5	Intervenciones Quirúrgicas	Intervenciones Quirúrgicas	1,181	1,262	107%
6	Tratamientos Especializados	Tratamientos Especializados	1,913	2,280	119%
7	Trasplantes de Órganos	Trasplantes	0	0	0%
8	Egresos de Hospitalización General	Egresos	3,129	3,167	101%
9	Pacientes Día Hospitalización General	Paciente día	8,900	8,825	99%
10	Vacunación Pentavalente	Vacunas (3ª dosis)	578	609	105%
11	Otros servicios de Salud				
11.1	Charla en Salud	Charlas	646	666	103%
11.2	Taller de Salud	Sesiones	51	53	104%
11.3	Psicoprofilaxis	Sesiones	184	187	102%
11.4	Campaña de Salud	Campañas	21	28	133%
11.5	Actividad Masiva de Comunicación	Eventos	15	24	160%
11.6	Visita Domiciliaria	Visitas	1,222	1,255	103%
11.7	Reforma de Vida	Sesiones	207	229	111%







Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel >= 100% son: Consultas en el PN (106%), Consultas en el II y III Nivel (101%), Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años (123%), Interv.Qx. (107%), Tratamientos Especializados (119%), Egresos de Hospitalización Gral (101%) y Vacunación Pentavalente (105%). Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel de avance por debajo del 95% son las referidas a: Muestras PAP (86%).

Las 07 Actividades denominadas Otros Servicios de Salud, muestran un avance >=100%

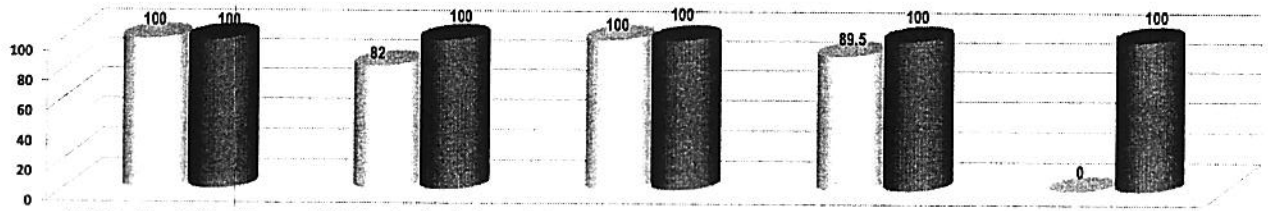
INICIATIVA DE GESTIÓN	AVANCE POI - 2015						REGULAR	Hitos ejecutados				
Actividades	Responsable	Fec. Ini. ReProg	Fec. Fin ReProg	Valor %	Valor ganado	Valor planeado	Indice Prog actual	N° HITOS	SI (100%)	NO (0 %)	AVANCE	Cumplimiento %
(15)141.Fortalecer la detección oportuna de cáncer ginecológico	Guillo Peñaloza	02-ene	31-dic	100	100	100	1	5	5	0	0	100.00%
(15)142.Fortalecer la Salud Ocupacional y Seguridad en el Trabajo en la Red Asistencial Moyobamba	Kieffer Bazan	25-ene	26-dic	100	82	100	0.82	8	6	1	1	75.00%
(15)143.Implementar acciones para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis	Guillo Peñaloza	15-ene	15-dic	100	100	100	1	9	9	0	0	100.00%
(15)144.Implementar acciones para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de las ITS-VIH/SIDA	Guillo Peñaloza	15-ene	30-dic	100	89.5	100	0.895	9	7	0	2	77.78%
(15)145.Evaluar las referencias observadas a través del Comité de Referencias.	Rita Gil	30-mar	31-dic	100	0	100	0	4	0	4	0	0.00%
Iniciativa de Gestión		02-ene	31-dic	100	74.30	100.00	0.7430	35	27	5	3	77.14%

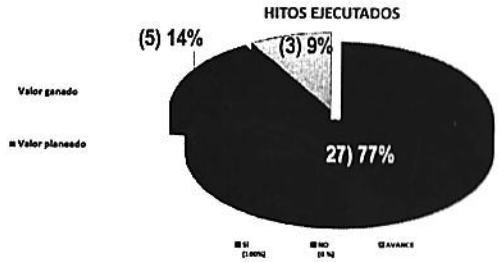
1) Carta N 017-CSS y R-RAMOY-ESSALUD-2016, se informó: • Campañas de Difusión sobre Prevención de Cáncer Ginecológico. • 4540 Pacientes con cobertura de muestras PAP Cérvico Vaginal de Tamizaje realizadas : 940 pacientes con cobertura de mamografías Preventivas realizadas 2) Carta N° 208-OCPYAP-RAMOY-ESSALUD-2015, avance al mes de noviembre. 3)Carta N 11-OCPYAP-RAMOY-ESSALUD-2016, Campaña de Medica de tamizaje de PAP y Mamografía

1)Carta N° 38-UIS-RAMOY-ESSALUD-2015, informó sobre actividades desarrolladas en el Plan de Trabajo N° 1, así como, la intervención grupal en empresas (capacitaciones masivas, reuniones con empleadores, y otros). 2) Carta N° 51-UIS-RAMOY-ESSALUD-2015, se informó del desarrollo del Plan de Trabajo 4. 3)Inmunización comprende la aplicación de la vacuna contra la Hepatitis N y el Tétanos neonatal; así como el Registro de trabajadores inmunizados. 4)Carta N° 133-CE-HIAM-RAMOY-EsSalud-2015, se realizaron AT: Seguridad y Salud en el Trabajo y Alcances del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo y Accidentes de trabajo con riesgo biológico en Personal Asistencial, elaborando el Flujograma de acciones. 5)Carta N° 005-UIS-RAMOY-EsSalud-2016, se elaboró el Informe de la Evaluación médica ocupacional, realizado a los colaboradores de la Red Asistencial.

1)Resolución N° 35-D-RAMOY-ESSALUD-2015, se designó al Coordinador Técnico del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis de la RAS Moyobamba. 2) Carta N° 001-CTPTB R-RAMOY-ESSALUD-2016, reuniones técnicas para mejorar la atención del paciente con TB Resistente, así como, en el manejo integral del paciente positivo, estrategias para captación de sintomático respiratorio. 3)Emisión de las evaluaciones trimestrales de indicadores Operacionales y Epidemiológicos. 4)Elaboración y Ejecución del Plan Comunicacional por el día Mundial de lucha contra la TB. 5)Impresión de documentos técnicos y Material Educativo. 5)Emisión del Contrato de Servicios para la adquisición de Cabinas recolectoras y/o Cajas de transporte de muestras.

1)Resolución N° 35-D-RAMOY-ESSALUD-2015, se designó al Coordinador del Programa de ITS-VIH/SIDA. 2)Carta N° 001-CTPPYCITS-VIH/SIDA SSyR-RAMOY-ESSALUD-2016, se informó la reunión técnicas para mejorar la atención integral del paciente con ITS-VIH/SIDA Resistente (27-01-2015). 3)Reunión Técnica para evaluaciones trimestrales de indicadores Operacionales y Epidemiológicos 15-04-2015 y 28-08-2015). 4)Elaboración y Ejecución del Plan Comunicacional por el día Mundial de lucha contra el SIDA del 23-11-2015 al 04-12-2015. 5)Elaboración e impresión de Documentos Técnicos Normativos y Material Educativo. 6)2431 Pacientes con Factor y/o conducta de riesgo para VIH/SIDA tamizados





Patron de Comportamiento de los Indicadores del POI - FONAFE de la Red Asistencial MOYOBAMBA

1. Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva del I Nivel de Atención	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Ratio	0.09	0.11

Fuente: SIAG (exportado al 31-01-2016)

2. Diferimiento de Citas Consulta Externa pacientes referidos del I al III Nivel	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	15	15

Fuente: SIAG (exportado al 31-01-2016)

3. Promedio de Permanencia en Hospitalización General	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	2.58	2.58

Fuente: SIAG (exportado al 31-01-2016)

4. Porcentaje de Pacientes en Sala de Observación < = 24 Horas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Porcentaje (%)	96.02%	96.02%

Fuente: SIAG (exportado al 31-01-2016)

5. Tiempo de Espera de Intervención Quirúrgica	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	45	45

Fuente: SIAG (exportado al 31-01-2016)

6. Cobertura de Tamizaje de Cancer de Cuello Uterino	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	35.00%	38.72%

Fuente: SIAG (exportado al 31-01-2016)

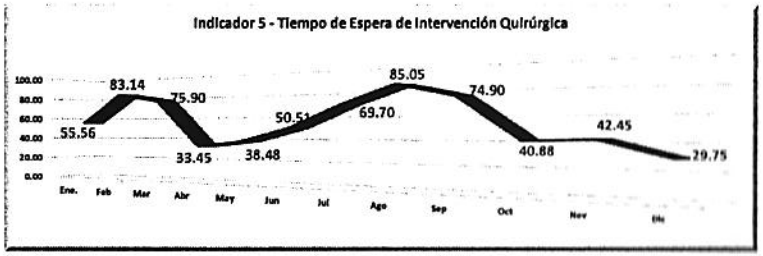
7. Cobertura de Tamizaje de Mamografías Preventivas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	30.00%	20.93%

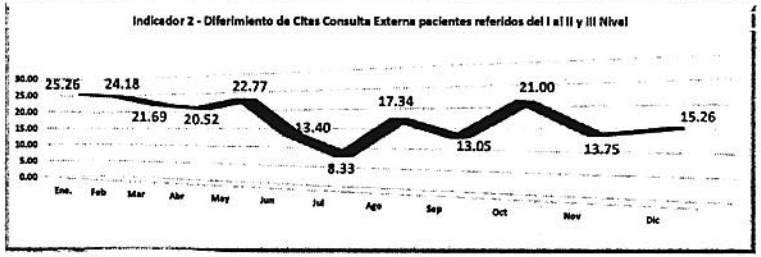
Fuente: SIAG (exportado al 31-01-2016)

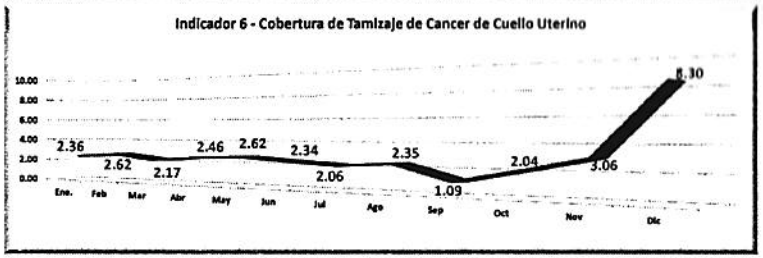
8. Cobertura de Vacunación Pentavalente (3era dosis)	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	85.00%	74.10%

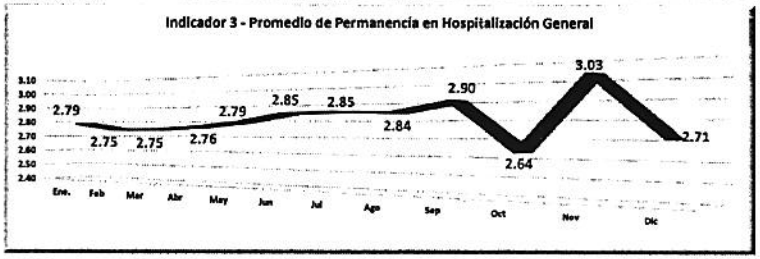
Fuente: SIAG (exportado al 31-01-2016)

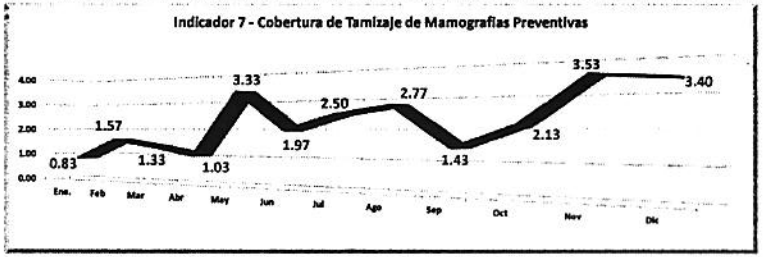


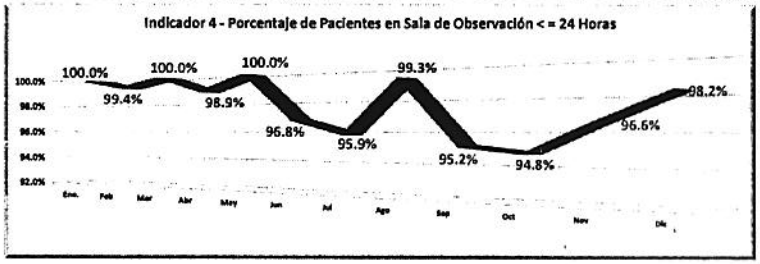


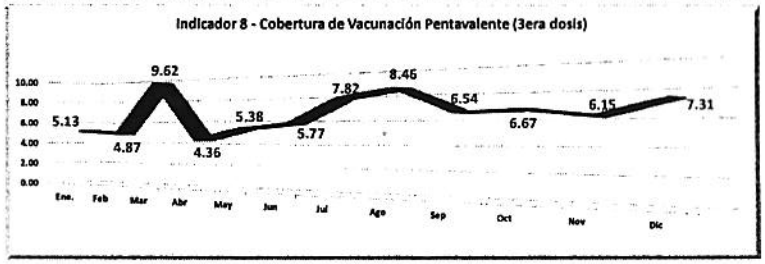












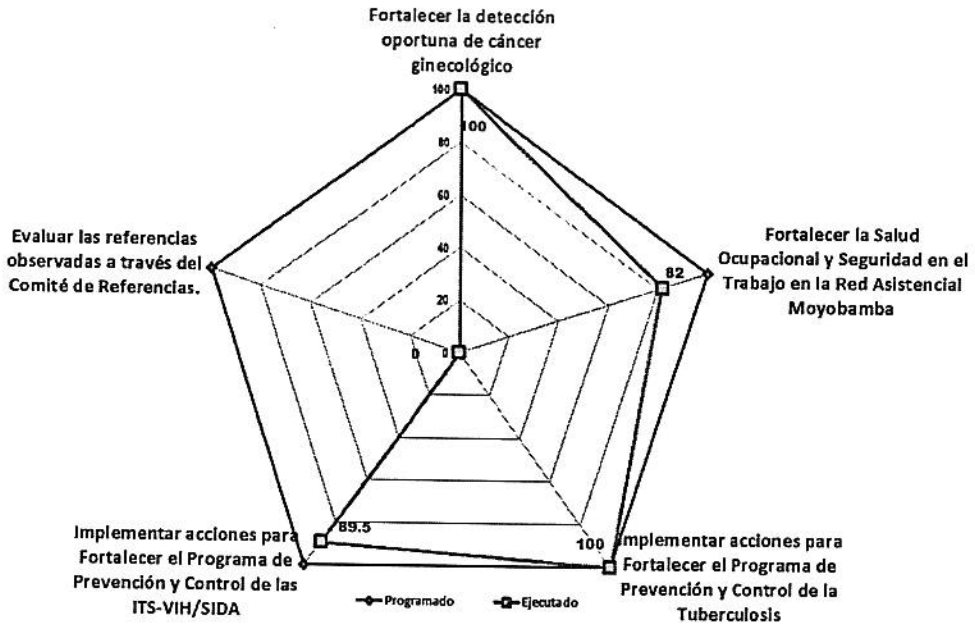
V°B°
Ing. A. ROJAS
ESSALUD

V°B°
V. REYNA
Gerente
ESSALUD

V°B°
Econ. A. Verástegui
SubGerente
ESSALUD

Red Asistencial MOYOBAMBA

Actividades Desarrolladas para el cumplimiento de la Iniciativas de Gestión



Para: Fortalecer la detección oportuna de cáncer ginecológico

- ✓ Mediante Carta N 017-CSS y R-RAMOY-ESSALUD-2016, se informó:
  - Campañas de Difusión sobre Prevención de Cáncer Ginecológico
  - 4540 Pacientes con cobertura de muestras PAP Cérvico Vaginal de Tamizaje realizadas.
  - 940 pacientes con cobertura de mamografías Preventivas realizadas
- ✓ Mediante Carta N° 208-OCPYAP-RAMOY-ESSALUD-2015, se informó avance al mes de noviembre.
- ✓ Carta N 11-OCPYAP-RAMOY-ESSALUD-2016, Campaña de Medica de tamizaje de PAP y Mamografía

Para: Fortalecer la Salud Ocupacional y Seguridad en el Trabajo en la Red Asistencial Moyobamba

- ✓ Carta N° 38-UIS-RAMOY-ESSALUD-2015, informó sobre actividades desarrolladas en el Plan de Trabajo N° 1, así como, la intervención grupal en empresas (capacitaciones masivas, reuniones con empleadores, y otros).
- ✓ Mediante Carta N° 51-UIS-RAMOY-ESSALUD-2015, se informó del desarrollo del Plan de Trabajo 4. Inmunización comprende la aplicación de la vacuna contra la Hepatitis N y el Tétanos neonatal; así como el Registro de trabajadores inmunizados.
- ✓ Mediante Carta N° 133-CE-HIAM-RAMOY-EsSalud-2015, se realizaron Asistencia Técnica a los colaboradores sobre: Seguridad y Salud en el Trabajo y Alcances del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo y Accidentes de trabajo con riesgo biológico en Personal Asistencial, elaborando el Flujograma de acciones.
- ✓ Mediante Carta N° 005-UIS-RAMOY-EsSalud-2016, se elaboró el Informe de la Evaluación médica ocupacional, realizado a los colaboradores de la Red Asistencial.

Para: Implementar acciones para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis

- ✓ Mediante Resolución N° 35-D-RAMOY-ESSALUD-2015, se designó al Coordinador Técnico del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis de la RAS Moyobamba
- ✓ Mediante Carta N° 001-CTPTB R-RAMOY-ESSALUD-2016, se Informó de las reuniones técnicas para mejorar la atención del paciente con TB Resistente, así como, en el manejo integral del paciente positivo, estrategias para captación de sintomático respiratorio; con Médicos, Enfermeras y Personal de Laboratorio responsables del Programa TB de los EESS de la RAS. Emisión de las evaluaciones trimestrales de indicadores Operacionales y Epidemiológicos. Elaboración y Ejecución del Plan Comunicacional por el día Mundial de lucha contra la TB. Impresión de documentos técnicos y Material Educativo

Red Asistencial MOYOBAMBA

- ✓ Emisión del Contrato de Servicios para la adquisición de Cabinas recolectoras y/o Cajas de transporte de muestras.
- ✓ Informe técnico de condiciones de funcionamiento de los ambientes de alto riesgo de transmisión de TB a nivel intrahospitalario (Carta N° 132-OCPYAP-RAMOY-ESSALUD-2015).

Para: Implementar acciones para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de las ITS-VIH/SIDA

- ✓ Mediante Resolución N° 35-D-RAMOY-ESSALUD-2015, se designó al Coordinador del Programa de ITS-VIH/SIDA
- ✓ Mediante Carta N° 001-CTPPYCITS-VIH/SIDA SSyR-RAMOY-ESSALUD-2016, se informó la reunión técnicas para mejorar la atención Integral del paciente con ITS-VIH/SIDA Resistente (27-01-2015). Reunión Técnica para evaluaciones trimestrales de indicadores Operacionales y Epidemiológicos 15-04-2015 y 28-08-2015). Elaboración y Ejecución del Plan Comunicacional por el día Mundial de lucha contra el SIDA del 23-11-2015 al 04-12-2015. Elaboración e impresión de Documentos Técnicos Normativos y Material Educativo.
- ✓ 2431 Pacientes con Factor y/o conducta de riesgo para VIH/SIDA tamizados

Para: Evaluar las referencias observadas a través del Comité de Referencias.

- ✓ No Evaluó

Gestión de la RAS

En el mes de Febrero

- ✓ Se conformó el Comité Técnico de Acuerdos y Compromisos de gestión – 2015, de la RAS Moyobamba
- ✓ Se conformó el Comité Local de Preparación y Respuesta Frente al Brote de Fiebre Chikungunya, de la RAS Moyobamba.
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Medica – 2015, de la RAS Moyobamba.
- ✓ Se conformó el Comité Auditoria Medica del CM Rioja 2015.
- ✓ Se conformó el Comité de Brigadas de Emergencias de la RAS Moyobamba.
- ✓ Se conformó el Comité Técnico del Programa de Prevención y Control ITS-VIH/SIDA de la RAS Moyobamba.
- ✓ Se conformó el Comité Técnico del Programa de Prevención y Control de la tuberculosis de la de la RAS Moyobamba.
- ✓ Se conformó el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente de la RAS Moyobamba.

En el mes de Marzo

- ✓ Se conformó el Comité de Ética en el CM Rioja- de la RAS Moyobamba.
- ✓ Se conformó el Comité de Bioseguridad y Residuos Sólidos del CM Rioja- de la RAS Moyobamba.
- ✓ Se conformó el Comité de Perinatología y Control de Gestante del CM Rioja- de la RAS Moyobamba.

En el mes de Abril

- ✓ Se conformó el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo de la RAS Moyobamba 2015-2016.
- ✓ Se aprobó el Plan de Gestión y Manejo de Residuos Sólidos - 2015- del H I Alto Mayo de la RAS Moyobamba.

En el mes de Mayo

- ✓ Se conformó el Comité Técnico del Programa de Prevención y Control de las ITS-VIH/SIDA de la RAS Moyobamba.

En el mes de Junio

- ✓ Se conformó el Sub-Comité de Implementación del Sistema de Control Interno de la RAS Moyobamba.

En el mes de Agosto

- ✓ Se conformó el Equipo "Cero Dolor" para el cumplimiento de los Lineamientos de la Campaña Cruzada para la Humanización de la Atención de Salud 2015 - de la RAS Moyobamba.

En el mes de Setiembre

- ✓ Se conformó el Comité de Referencia y Contrarreferencia del CM Rioja de la RAS Moyobamba.

En el mes de Octubre

- ✓ Se conformó el Comité Evaluador del Programa "Personas que dejan Huellas", de la RAS Moyobamba.

En el mes de Noviembre

- ✓ Se reconoció y felicitó a los médicos y odontólogos de la RAS Moyobamba por haber contribuido a mejorar el indicador Acuerdo de Gestión 2015: Prestaciones Económicas, disminución de días de incapacidad temporal en 10% (setiembre-2015).
- ✓ Se reconformo el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo - 2015-2016, de la RAS Moyobamba
- ✓ Se reconformo el Grupo de Trabajo de Gestión de Riesgo de Desastres (GTGRD), de la RAS Moyobamba

Red Asistencial MOYOBAMBA

- ✓ Se aprobó el Manual de Aseguramiento de la Calidad "Almacén Central " especializado de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios - 2015-2016, de la RAS Moyobamba.
- ✓ Se designó al Profesional Asistencial, como Médico de Control del CITT y Médico de Control de Personal del H I Alto Mayo, 2015 – 2016, de la RAS Moyobamba.
- ✓ Se declaró en Estado de Alerta Verde a los EESS de la jurisdicción, del 02 de noviembre 2015 al 30 de marzo 2016, de la RAS Moyobamba.
- ✓ Se reconformó a los miembros del Comité Evaluador del Programa Personas que Dejan Huellas, de la RAS Moyobamba
- ✓ Se aprobó el Plan de Contingencia "Fenómeno El Niño 2015-2016", de la RAS Moyobamba

En el mes de Diciembre

- ✓ Se conformó el Comité de la Junta de Evaluación Médica para Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Nuevo o en Programa - 2015-2016, de la RAS Moyobamba
- ✓ Se conformó el Comité de Investigación y Ética 2015-2016, del H I Alto Mayo, de la RAS Moyobamba
- ✓ Se conformó el Comité de Adecuación y Validación de Guías de Práctica Clínica - 2015-2016, de la RAS Moyobamba.
- ✓ Se conformaron las Comisiones del Inventario Físico de Existencias en los Almacenes Centrales, en las Farmacias y Depósitos, del H I Alto Mayo, H I Rioja y CAP I Nueva Cajamarca, de la RAS Moyobamba.
- ✓ Se designaron a los integrantes del Comité de Acreditación, Equipos de Autoevaluación y responsables de Macro procesos del H I Alto Mayo, H I Rioja y CAP I Nueva Cajamarca, de la RAS Moyobamba.
- ✓ Se conformó y designó a los integrantes del Comité Farmacoterapéutico, 2015-2016, del RAS Moyobamba.
- ✓ Se aprobó el Plan de Mejora de Eventos Adversos en los CAS de la RAS Moyobamba.
- ✓ Se conformó el Equipo de Mejora Continua de la Calidad para el despliegue de la planificación y ejecución del Proyecto de Mejora de Tamizaje Neonatal, del H I Alto Mayo, de la RAS Moyobamba.
- ✓ Se aprobó el Plan de Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias del H I Alto Mayo de la RAS Moyobamba
- ✓ Se aprobó el Manual de Bioseguridad en Laboratorio Clínico del H I Alto mayo, de la RAS Moyobamba
- ✓ Se aprobó el Plan de Contingencia "Frente a Emergencias y Desastres 2015", de la RAS Moyobamba.
- ✓ Se reasignó a los miembros del Comité Medico de Auditoria de Incapacidades (COMAI) de la RAS Moyobamba

Principales Gastos Logísticos (PAC – 2015)

Descripción (*)	Tipo de proceso	Valor estimado S/.
Adquisición de combustibles y carburantes -diesel b5 para la RAS Moyobamba	AMC	170,000.00
Adquisición de material e insumos de laboratorio segén ítem paquete de bioquímica e inmunología para la RAS Moyobamba	ADS	115,747.00
Adquisición de material e insumos de laboratorio según relación de ítems de la RAS Moyobamba	ADS	34,356.00
Adquisición de material e insumos DIPAC de pacientes continuadores de la RAS Moyobamba	ADS	44,945.85
Adquisición de material e insumos DIPAC para pacientes continuadores delegado a compra local para la RAS Moyobamba	ADS	52,152.71
Adquisición de material médico electrodos para generador electro quirúrgico de radiofrecuencia bipolar para cirugía artroscópica para la RAS Moyobamba	AMC	29,750.00
Adquisición de material radiológico fuera de cartilla segén ítem paquete para la RAS Moyobamba	AMC	17,328.00
Adquisición de repuestos de equipos médicos telescopios para equipo de cirugía laparoscópica marca striker	ADS	32,058.48
Contratación de bienes adquisición de instrumental quirúrgico por reposición de la RAS Moyobamba	ADS	61,942.00
Contratación de material e insumos DIPAC de pacientes continuadores delegado a compra local RAS Moyobamba	AMC	39,996.63
Contratación de servicio de fotocopiado del H I Moyobamba y oficinas administrativas de la RAS Moyobamba	AMC	23,460.00
Contratación de servicio de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos electromecánicos y servicios generales de la RAS Moyobamba	ADP	260,610.00
Contratación de servicio de teleoperadoras del programa de EsSalud en Línea de la RAS Moyobamba	ADS	161,208.00
Servicio de mantenimiento correctivo y preventivo de sistemas de video vigilancia	AMC	27,400.00
Total		1'070,954.67

(*) Periodos de 12 meses

Gerencia de Planeamiento Corporativo-GCDO V°B° M. REYNA Gerente - ESSALUD -

Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo V°B° Ing. A. ROJAS - ESSALUD -

Gerencia Central de Control y Evaluación de la Gestión-GCDO V°B° Econ. A. Velásteguí SubGerente - ESSALUD -

Red Asistencial MOYOBAMBA
Principales Cursos Talleres llevados a cabo
1. Formulación de Manuales de Procesos y Procedimientos, dirigido a 40 Participantes (S/. 7,700) 2. Detección y manejo de Dengue, dirigido a 40 Participantes (S/. 12,000)



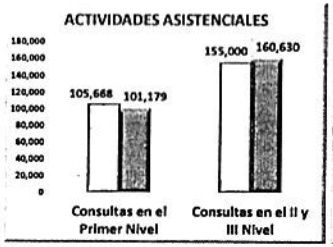


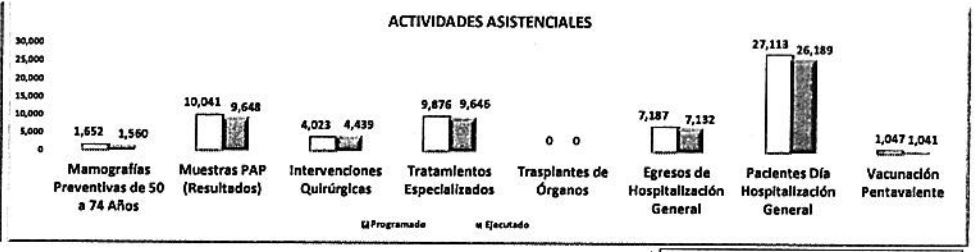


Evaluación del Plan Operativo Institucional 2015 - Desagregado
Red Asistencial PASCO

ACTIVIDADES OPERATIVAS - ASISTENCIALES

	PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD	UNIDAD DE MEDIDA	Al IV Trimestre		Cumplimiento %
			Programado	Ejecutado	
1	Consultas en el Primer Nivel	Consultas	105,668	101,179	96%
2	Consultas en el II y III Nivel	Consultas	155,000	160,630	104%
3	Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años	Mamografías preventivas con resultado	1,652	1,560	94%
4	Muestras PAP (Resultados)	Exámenes PAP con resultado	10,041	9,648	96%
5	Intervenciones Quirúrgicas	Intervenciones Quirúrgicas	4,023	4,439	110%
6	Tratamientos Especializados	Tratamientos Especializados	9,876	9,646	98%
7	Trasplantes de Órganos	Trasplantes	0	0	0%
8	Egresos de Hospitalización General	Egresos	7,187	7,132	99%
9	Pacientes Día Hospitalización General	Pacientes día	27,113	26,189	97%
10	Vacunación Pentavalente	Vacunas [3ª dosis]	1,047	1,041	99%
11	Otros servicios de Salud				
11.1	Charla en Salud	Charlas	767	888	116%
11.2	Taller de Salud	Sesiones	1,297	1,586	122%
11.3	Psicoprofilaxis	Sesiones	839	858	102%
11.4	Campaña de Salud	Campañas	61	79	130%
11.5	Actividad Masiva de Comunicación	Eventos	45	74	164%
11.6	Visita Domiciliaria	Visitas	4,691	4,579	98%
11.7	Reforma de Vida	Sesiones	1,075	1,129	105%







Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel >= 100% son: Consultas en el II y III Nivel (104%) e Interv Qx. (110%). Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel de avance por debajo del 95% son las referidas a: Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años (94%).

De las 07 Actividades denominadas Otros Servicios de Salud, seis (06) muestran un avance >=100%.

INICIATIVA DE GESTIÓN — AVANCE POI - 2015 — BUENO

Actividades	Responsable	Fec. Ini. ReProg	Fec. Fin ReProg	Valor %	Valor ganado	Valor planeado	Indice Plazo actual	Hitos ejecutados N° HITOS	SI (100%)	NO (0 %)	AVANCE	Cumplimiento %
(15)146.Mejorar la seguridad del paciente implementando una mejora continua de la calidad.	Jeanette Atencio	01-jul	30-dic	100	45.1	100	0.451	6	2	2	2	33.33%
(15)147.Realizar la Acreditacion de los establecimientos de Salud de la Red Pasco	Jesus Fuster	02-ene	30-dic	100	40	100	0.4	6	2	1	3	33.33%
(15)148.Fortalecer el proceso de atencion del Recien Nacido Vivo durante los 28 dias de vida. Atrave	Helmouth Suazo	01-jun	30-dic	100	100	100	1	6	6	0	0	100.00%
(15)149.Fortalecer el proceso de Atencion del Adolescente de 12 a menos de 18 años.	Helmouth Suazo	01-jun	30-dic	100	97	100	0.97	6	5	0	1	83.33%
(15)150.Fortalecer el control de la Enfermedad en Pacientes Hipertensos, diabeticos con daños aso	Helmouth Suazo	01-jun	31-dic	100	100	100	1	6	6	0	0	100.00%
(15)151.Fortalecer el Programa de Deteccion Precoz e Intavencion del Sindrome Metabolico Premorbido	Helmouth Suazo	30-mar	31-dic	100	99.8	100	0.998	7	6	0	1	85.71%
(15)152.Implementar acciones para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis	Helmouth Suazo	01-mar	30-dic	100	85	100	0.85	10	8	1	1	80.00%
Iniciativa de Gestión		02-ene	31-dic	100	80.99	100.00	0.8099	47	35	4	8	74.47%

1)Resolucion N° 56-RAPA-ESSALUD-2015, Comite de Mejora Continua de la Calidad del H III Pasco 2)Carta N° 207-OPYC-RAPA ESSALUD 2015 Informe N° 001-DZM-D-RAPA-ESSALUD-2015, se mencione la ejecucion del Curso Taller de Mejora continua de la Calidad (del 26 al 29-10-2015) 3)Informe N° 01-UPC-V-RM-OPYC-RAPA ESSALUD-2016 se informa sobre ejecucion de 02 planes de Mejora Continua

1)Resolución N° 087-RAPA-ESSALUD-2015, se conformó el Comite de Acreditación de la RAS Pasco. Resolucion N° 089-RAPA-ESSALUD 2015, se conformó el Comité de Acreditación del H I Huancas, Resolucion N° 090-RAPA-ESSALUD-2015, se conformó el Comité de Acreditacion del H II Pasco y Resolucion N° 127-RAPA ESSALUD 2015, se conformó el Comité de Acreditación del H I Oxapampa 2)Carta N° 09, 10, 11 y 12-OPYC-RAPA-EsSalud-2016, se remite informe donde 7 EESS (HII Pasco, HI Oxapampa, HI Huancas, PM Oxapampa, CM Huancabamba, CM Huancabamba, CM Huancabamba

Patron de Comportamiento de los Indicadores del POI - FONAFE de la Red Asistencial PASCO

1. Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva del I Nivel de Atención	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Ratio	0.73	0.68

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

2. Diferimiento de Citas Consulta Externa pacientes referidos del I al III Nivel	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	6	6

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

3. Promedio de Permanencia en Hospitalización General	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	3.59	3.59

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

4. Porcentaje de Pacientes en Sala de Observación < = 24 Horas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Porcentaje (%)	97.86%	97.86%

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

5. Tiempo de Espera de Intervención Quirúrgica	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	5	5

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

6. Cobertura de Tamizaje de Cancer de Cuello Uterino	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	35.40%	36.78%

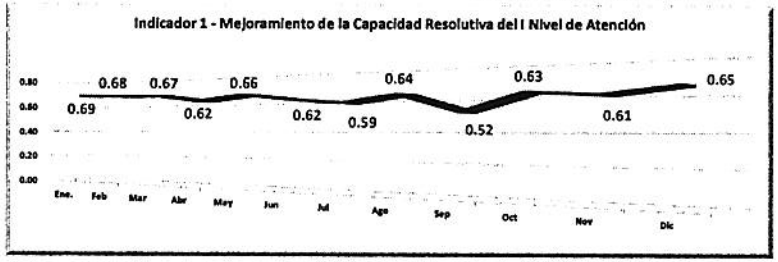
Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

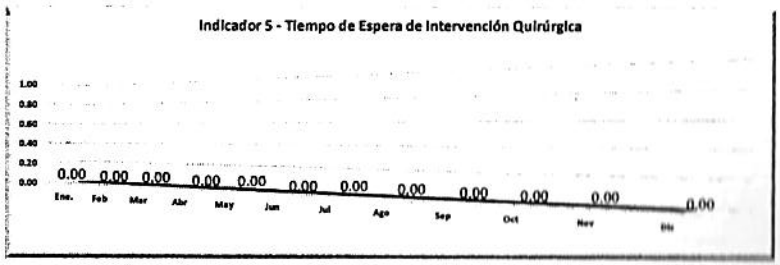
7. Cobertura de Tamizaje de Mamografías Preventivas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	21.80%	22.28%

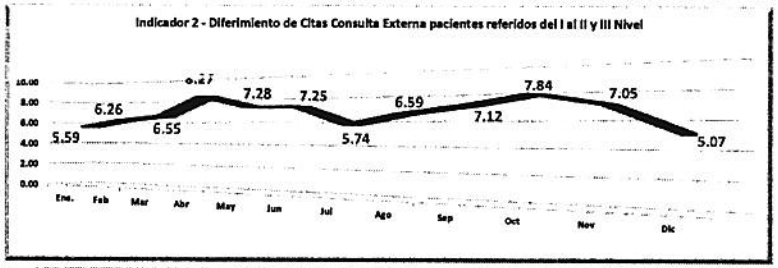
Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

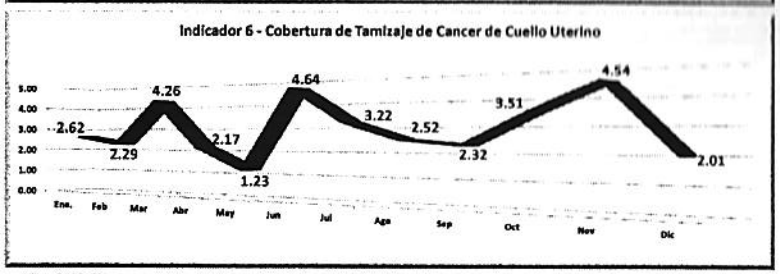
8. Cobertura de Vacunación Pentavalente (3era dosis)	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	85.00%	75.76%

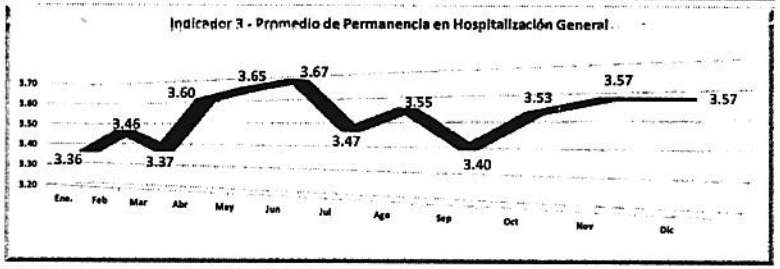
Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

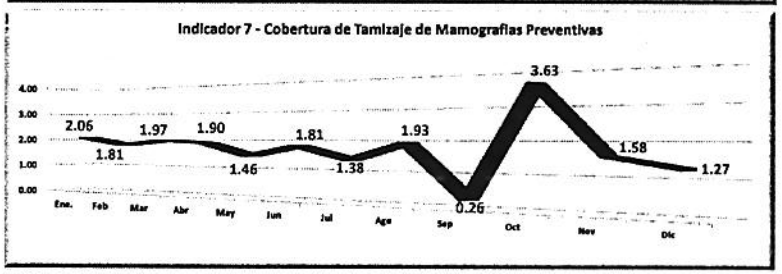




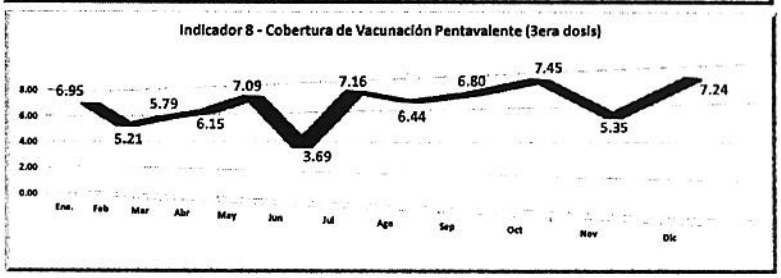






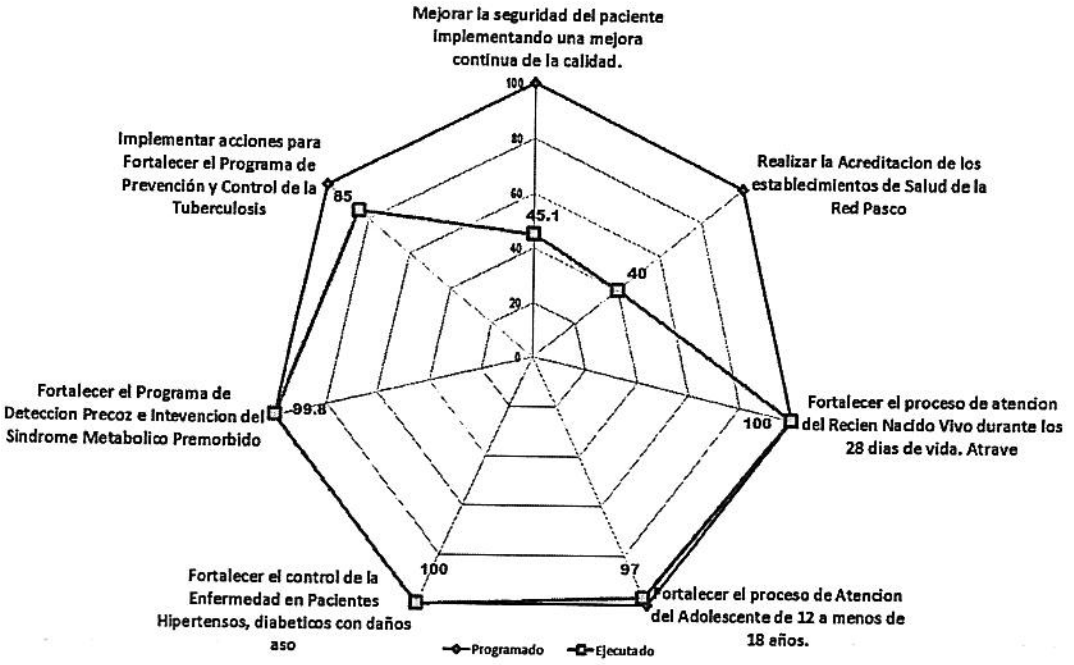






Red Asistencial PASCO

Actividades Desarrolladas para el cumplimiento de la Iniciativas de Gestión



Para: Mejorar la seguridad del paciente implementando una mejora continua de la calidad.

- ✓ Mediante Resolución N° 58—RAPA-ESSALUD-2015, se conformé el Comité de Mejora Continua de la Calidad del H III Pasco.
- ✓ Mediante Carta N° 207-OPYC-RAPA-ESSALUD-2015, Informe N° 001-FSB-D-RAPA-ESSALUD-2015. Informe N° 001-DZM-D-RAPA-ESSALUD-2015, se menciona la ejecución del Curso Taller de Mejora continua de la Calidad (del 26 al 29-10-2015).
- ✓ Mediante Informe N° 01-UPCYRM-OPYC-RAPA-ESSALUD-2016, se informa sobre ejecución de 02 planes de Mejora Continua.

Para: Realizar la Acreditación de los establecimientos de Salud de la Red Pasco

- ✓ Mediante Resolución N° 087-RAPA-ESSALUD-2015, se conformó el Comité de Acreditación de la RAS Pasco, Resolución N° 089-RAPA-ESSALUD-2015, se conformó el Comité de Acreditación del H I Huariaca, Resolución N° 090-RAPA-ESSALUD-2015, se conformó el Comité de Acreditación del H II Pasco y Resolución N° 127-RAPA-ESSALUD-2015, se conformó el Comité de Acreditación del H I Oxapampa.
- ✓ Mediante Carta N° 09, 10, 11 y 12-OPYC-RAPA-EsSalud-2016, se remite informe donde 7 EESS (HII Pasco, HI Oxapampa, HI Huariaca, PM Colquijirca, CM Hualli, CM San Juan, PM Yanahuanca), cumplieron con su plan de mejora para la acreditación y ejecución del mismo, igualmente han realizado la autoevaluación y posterior remisión del informe a la Comité.
- ✓ Mediante Carta N° 09, 10, 11 y 12-OPYC-RAPA-EsSalud-2016, se informa que ninguno de los establecimiento alcanzó el porcentaje aprobatorio para solicita evaluación externa y se remite plan para el 2016.

Para: Fortalecer el proceso de atención del Recién Nacido Vivo durante los 28 días de vida. A través del servicio de Crecimiento y Desarrollo del Niño.

- ✓ Mediante Carta N° 627-OCPYAP-RAPA-ESSALUD-2015, se cumplió con la meta e informó:
  - Sobre la sensibilización y elaboración de Fluxogramas de Atención de Citas para el recién nacido
  - Se elaboró y consensuó la Guía de Atención del recién nacido a los 48 hrs del alta y 07,14 y 21 días
  - Sobre la implementación del consultorio de Crecimiento y Desarrollo.
  - Se coordinó sobre establecer un sistema de referencia oportuna del recién nacido a su establecimiento de

origen.
- Se coordinó sobre los reportes estadísticos confiable de la atención del recién nacido.
- Se realiza la supervisión, monitoreo y evaluación del proceso de Implementación.

Para: Fortalecer el proceso de Atención del Adolescente de 12 a menos de 18 años.

✓ Mediante Carta N° 558-OCIP-RAPA-ESSALUD-2015, se informa:
- Se seleccionaron los siguiente EESS: HII Pasco, HI Oxapampa, HI Huariaca, PM Colquijirca, CM Hualli, CM San Juan, PM Yanahuanca, para la implementación de consultorios diferenciados del adolescente de 12 a menos de 18 años
- Se determinó y proporcionó insumos y materiales mínimos para la atención adecuada del adolescente
- Se estableció la brecha de recurso humano para la atención diferencia de adolescentes
- Se coordinó la implementación de formatos y registros para el registro de la atención del adolescente.

✓ Mediante Carta N° 559-OCPyAP-RAPA-ESSALUD-2015, se informó sobre la implementación de procesos de asignación de citas para los adolescentes.

✓ Mediante Carta N° 560-OCPyAP-RAPA-ESSALUD-2015, se informó sobre la supervisión y monitoreo y evaluación del proceso de implantación.

Para: Fortalecer el control de la Enfermedad en Pacientes Hipertensos, diabéticos con daños asociados en los establecimientos del Primer Nivel de Atención

✓ Mediante Carta N° 559-OCPyAP-RAPA-ESSALUD-2015, se evaluó y selección a los establecimientos estratégicos para fortalecer el control de la enfermedad en pacientes hipertensos y diabéticos, siendo estos: PM. Colquijirca, CM Huayllay, PM Milpo, PM Chicrim, PM Puerto Bermúdez, PM Pozuzo y PM Yanahuanca

✓ Mediante Carta N° 556-OCPyAP-RAPA-ESSALUD-2015, se informó:
- Se doto e implementó equipamiento mínimo incluye insumos y materiales para la atención de pacientes con enfermedades crónicas
- Se estableció mecanismos de supervisión de adherencias a las GPC.
- Se estableció la brecha de recurso humanos para el fortalecimiento de los establecimientos estratégicos determinados.
- Se fortalecieron competencias del Personal de Salud del PNA en el manejo de pacientes con Hipertensión, diabetes y daño asociados.

✓ Mediante Carta N° 557-OCPyAP-RAPA-ESSALUD-2015, se da conocer la de la condición de controlado de los pacientes Hipertensos y Diabéticos

Para: Fortalecer el Programa de Detección Precoz e Intervención del Síndrome Metabólico Premórbido

✓ Mediante Carta N° 561-OCPyAP-RAPA-ESSALUD-2015, se informó:
- Se conformó el Comité del Programa de Síndrome Metabólico.
- Se capacitó y elaboró de planes de Trabajo
- Tamizaje de Pacientes de 18 a 60 años

✓ Mediante Carta N° 562-OCPyAP-RAPA-ESSALUD-2015, se informó:
- Se determinó pacientes con Síndrome Metabólico pre mórbido.
- 220 pacientes intervenidos con síndrome metabólico pre mórbido.
- Se elaboraron informes de control del Paciente con síndrome Metabólico pre mórbido en proceso de intervención.

Para: Implementar acciones para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis

✓ Mediante Resolución N° 237-RAPA-EsSalud-2015, se designó al Coordinador del Programa Prevención y Control de la Tuberculosis de la RAS Pasco y conformar el Comité Técnico Asesor de Tuberculosis de la RAS Pasco, para periodo 2015 - 2016.

✓ Mediante Carta N° 555-OCPyAP-RAPA-ESSALUD-2015, se informa sobre las coordinaciones efectuadas para la contratación de servicios de traslado de muestras para pruebas de Sensibilidad

✓ Mediante Carta N° 553-OCPyAP-RAPA-ESSALUD-2015, se informó:
- Se identificaron 5864 paciente sintomático respiratorios.
- Sobre las reuniones técnicas de evaluaciones trimestrales de indicadores operacionales y epidemiológicos.
- Sobre supervisión a los EE.SS y los laboratorios donde realizan baciloscopias de la RAS Pasco.
- Adquisicion de Cabinas de recolección de Muestras y cajas de transporte de muestras
- Mejoramiento y/o acondicionamiento del laboratorio referencial para la TBC de la Red Pasco.

Red Asistencial PASCO

- Contratación de Personal Asistencial para los establecimientos críticos de Red Pasco.

✓ Mediante Carta N° 556-OCPyAP-RAPA-ESSALUD-2015, se informa de la elaboración y ejecución del Plan Comunicacional por el día Mundial de lucha contra la TB.

✓ Mediante Carta N° 554-OCPyAP-RAPA-ESSALUD-2015, se informa sobre la impresión de documentos técnicos y Material Educativo

✓ Mediante Carta N° 555-OCPyAP-RAPA-ESSALUD-2015, sobre las reuniones técnica realizadas con el equipo de salud –Medico-Enfermera- en el manejo integral del paciente positivo.

Gestión de la RAS

En el mes de Enero

✓ Se conformó: el Comité de Uso, Manejo, Conservación y Depuración de Historias Clínica, el Comité Técnico Quirúrgico, del H II Pasco de la RAS Pasco.

✓ Se conformó el Comité de Intercambio Prestacional MINSA-ESSALUD, periodo 2015

En el mes de Febrero

✓ Se conformó el Comité Técnico Operativo del Servicio de Lactario de Trabajadoras de la RAS Pasco.

✓ Se conformó la Comisión Medica Calificadora de Incapacidades de la Ley 26790 de la RAS Pasco, 2015-2016

✓ Se conformó el Comité de Bioseguridad y Manejo de Residuos Sólidos del H I Huariaca

✓ Se conformó el Comité de Mejora Continua de la Calidad del H II Pasco de la RAS Pasco.

✓ Se conformó el Comité de Tecnovigilancia, el Comité Técnico Asesor para la Prevención y Control de la ITS-VIH/SIDA, el Comité Técnico de Gestión Integral, la Junta de Evaluación Médica para Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Nuevo o en Programa, el Comité de Intercambio Prestacional MINSA-EsSalud, el Comité Farmacológico, el Comité de Referencias y Contrarreferencias de la de la RAS de Pasco.

✓ Se conformó: el Comité de Auditoria de CITT, el Comité de Evaluación de Indicación de Cesáreas, el Comité de Ética en Investigación, el Comité de Prevención y Control de Infecciones y/o Complicaciones Intrahospitalaria, el Comité Técnico de Hospitalización, el Comité de Buen Trato, el Comité de Lactancia Materna, el Comité de Registro de Enfermedades Oncológicas y el comité de Vigilancia Materno Perinatal del H I Huariaca de la RAS Pasco.

✓ Se constituyó el Sub Comité de Implementación del Sistema de Control Interno de la RAS Pasco.

✓ Se conformó el Comité de Lactancia Materna del HII Pasco

✓ Se conformó el Comité de Bioseguridad y Manejo de Residuos Sólidos, el Comité de Material Médico Local, el Comité de Material Médico Local, el Comité de Revisión, Evaluación y Validación de Bienes Estratégico, el Comité de Acreditación, de la RAS Pasco.

✓ Se conformó: el Comité de Uso Manejo Conservación y Depuración de Historias Clínicas, el Comité de Referencias y Contrarreferencias, el Comité de Farmacovigilancia, el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, el comité de Acreditación, el Comité para la Elaboración y Difusión de GPC, el Comité Medico de Auditoria de Incapacidades – COMAI, del H I Huariaca de la RAS Pasco.

✓ Se conformó: el Comité de Acreditación, el Comité de Vigilancia de Mortalidad Materno Perinatal, el Comité de Buen Trato, el Comité para la Elaboración y Difusión del GPC, el Comité de Prevención y Control de Infecciones y/o Complicaciones Intrahospitalarias, el Comité Técnico de Hospitalización, el Comité de Ética en Investigación, Comité de Evaluación de Cesáreas, el Comité de Auditoria de CITT, el Comité de Referencias y Contrarreferencias, el Comité de Farmacovigilancia y el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente del H II Pasco, de la RAS Pasco.

En el mes de Marzo

✓ Se conformó el Comité de Auditoria de CITT – 2015, del H I Oxapampa

✓ Se conformó el Comité Medico de Auditoria de Incapacidades - COMAI del HII Pasco.

✓ Se conformó el Grupo de Trabajo de la Gestión del Riesgo de Desastre - 2015, a fin de realizar acciones preventivas de Seguridad e Informativas de los Centros de Operaciones de Emergencia - COE , del H I Oxapampa y H I Huariaca, de la RAS Pasco.

✓ Se conformó: el Comité de Ética e Investigación, el Comité de Acreditación, el Comité de Hospitalización y Procesos Hospitalarios, el Comité de Gestión de Satisfacción del Usuario, el Comité de Elaboración y Difusión de GPC, el Comité de Lactancia Materna, el Comité de Calidad, el Comité de Atención Primaria, el Comité de Gestión Hospitalaria, el Comité Farmacovigilancia, el Comité Farmacológico, el Comité de Bioseguridad y Manejo de Residuos Sólidos y el Comité de Cesárea del H I Oxapampa, de la RAS Pasco.

En el mes de Abril

✓ Se conformó el Comité de Uso, Manejo, Conservación y Depuración de Historias Clínica – 2015, dela RAS

Red Asistencial PASCO

Pasco.

- ✓ Se conformó al Equipo de Mejora Continua del Servicio de Enfermería del H II Pasco de la RAS Pasco.
- ✓ Se aprobó el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente de la RAS Pasco
- ✓ Se aprobó el Tarifario actualizado para Examen Médico Ocupacional Básico y Completo
- ✓ Se conformó el Comité de Uso, Manejo, Conservación y Depuración de Historias Clínicas, del HI Oxapampa

En el mes de Mayo

- ✓ Se conformó el Comité de Salud Mental – 2015, del H I Huariaca
- ✓ Se conformó el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo, H I Oxapampa – 2015, de la RAS Pasco.

En el mes de Junio

- ✓ Se conformó el Comité de Evaluación, Calificación y Certificación de la Persona con Discapacidad – 2015, de la RAS Pasco.
- ✓ Se conformó el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo, del H II Pasco, CM San Juan, periodo 2015-2016.

En el mes de Julio

- ✓ Se reconformó el Comité Farmacológico -2015, del H I Huariaca

En el mes de Agosto

- ✓ Se conformó el Comité de Salud Mental – 2015, de la Pasco
- ✓ Se conformó el Comité Transfusional -2015, del H II Pasco

En el mes de Octubre

- ✓ Se conformó el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo – CSST, del H II Pasco

En el mes de Diciembre

- ✓ Se conformó la Comisión Evaluadora de Invalidez – 2015 – 2016, DEL H II Pasco, de la RAS Pasco.
- ✓ Se conformó el Comité de Intercambio Prestacional MINSA-ESSALUD, periodo 2016.

Principales Gastos Logísticos (PAC – 2015)

Descripción (*)	Tipo de proceso	Valor estimado S/.
Adquisición de insumos materiales y reactivos de laboratorio a nivel RAS Pasco (12 meses)	LP	938,115.00
Adquisición por reposición de centrales telefónicas ip para los CAS de San Juan, H II Pasco, H I Huanaca, H I Oxapampa y sede administrativa de la RAS Pasco	LP	595,000.00
Contratación del servicio de apoyo en los módulos de atención al asegurado a nivel RAS Pasco (12 meses)	CP	440,000.00
Contratación del servicio de fotocopiado a nivel RAS Pasco (12 meses)	ADS	56,331.51
Contratación del servicio de lectura y análisis de secreción cervico uterina (Papanicolaou) - RAS Pasco (12 meses)	ADS	56,050.00
Contratación del servicio de otorgamiento de citas, confirmación y seguimiento de citas otorgadas por el sistema de referencias e información administrativa económica y de seguros (EsSalud en linea) a nivel RAS Pasco (12 meses)	ADP	267,000.00
Contratación del servicio de traslado de pacientes referidos del H I Oxapampa a hospitales nacionales de Lima y Huancayo - RAS Pasco	ADS	50,100.00
Contratación del servicio tercerizados de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos a nivel RAS Pasco (12 meses)	ADP	305,301.00
Contratación del servicio tercerizados de mantenimiento y operación de equipos e instalaciones electromecánicas a nivel RAS Pasco (12 meses)	AMC	383,869.16
Servicio de intermediación laboral de técnico administrativo	AMC	12,000.00
Servicio mantenimiento correctivo de máquina de anestesia – RAS Pasco	AMC	22,309.05
Total		3'126,075.72

(*) Periodos de 12 meses

Principales Cursos Talleres llevados a cabo

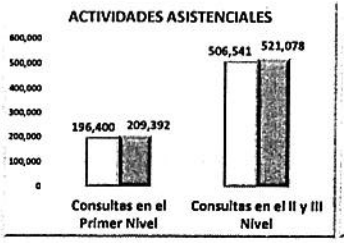
1. Soporte Vital Básico en el Adulto, dirigido a 30 Participantes (S/. 7,685).
2. Actualización en el cuidado de Pacientes Hospitalizados con enfermedades crónicas, dirigido a 30 Participantes (S/. 4,100)
3. Cuidado de Pacientes Psiquiátrico, dirigido a 30 Participantes (S/. 3,615)
4. Acreditar Auditores Internos en Salud Ocupacional, dirigido a 3 Participantes (S/. 4,196)
5. Fortalecimiento del Sistema de Vigilancia Perinatal, dirigido a 30 Participantes (S/. 3,820)
6. Seguridad de la Información sistematizada e Informatizada, dirigido a 25 Participantes (S/. 3,500)
7. Detección Oportuna de Emergencias Obstétricas incluye Clave Roja y Azul, dirigido a 30 Participantes (S/.

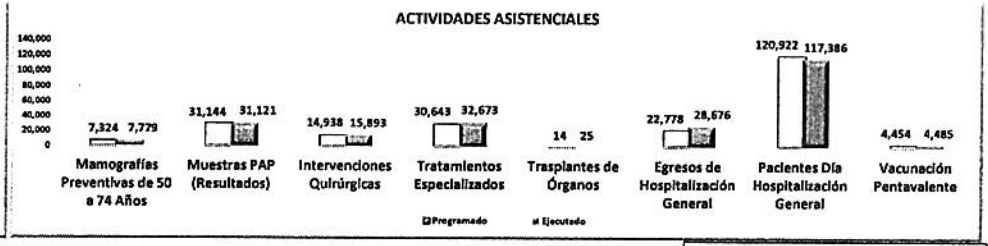
Red Asistencial PASCO
6,200) 8. Valoración Geriátrica Integral en el Adulto Mayor en el primer y segundo nivel de atención, dirigido a 30 Participantes (S/. 4,000) 9. RCP Básico y Avanzado Neonatal y Pediátrico, dirigido a 25 Participantes (S/. 7,650) 10. Manejo de Dietas Hospitalarias, dirigido a 25 Participantes (S/. 3,550) 11. Operación y Manejo del Sistema SAP/R3, módulo logístico, incluye normativa de ESSALUD, dirigido a 30 Participantes (S/. 3,750)

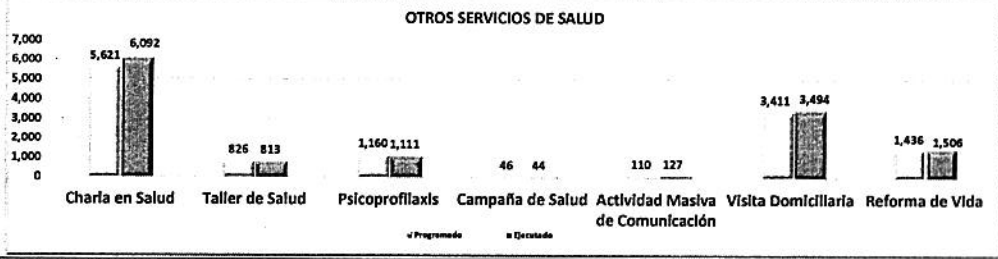
Evaluación del Plan Operativo Institucional 2015 - Desagregado
Red Asistencial PIURA

ACTIVIDADES OPERATIVAS - ASISTENCIALES

	PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD	UNIDAD DE MEDIDA	Al IV Trimestre		Cumplimiento %
			Programado	Ejecutado	
1	Consultas en el Primer Nivel	Consultas	196,400	209,392	107%
2	Consultas en el II y III Nivel	Consultas	506,541	521,078	103%
3	Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años	Mamografías preventivas con resultado	7,324	7,779	106%
4	Muestras PAP (Resultados)	Exámenes PAP con resultado	31,144	31,121	100%
5	Intervenciones Quirúrgicas	Intervenciones Quirúrgicas	14,938	15,893	106%
6	Tratamientos Especializados	Tratamientos Especializados	30,643	32,673	107%
7	Trasplantes de Órganos	Trasplantes	14	25	179%
8	Egresos de Hospitalización General	Egresos	22,778	28,676	126%
9	Pacientes Día Hospitalización General	Paciente día	120,922	117,386	97%
10	Vacunación Pentavalente	Vacunas (3ª dosis)	4,454	4,485	101%
11	Otros servicios de Salud				
11.1	Charla en Salud	Charlas	5,621	6,092	108%
11.2	Taller de Salud	Sesiones	826	813	98%
11.3	Psicoprofilaxis	Sesiones	1,160	1,111	96%
11.4	Campaña de Salud	Campañas	46	44	96%
11.5	Actividad Masiva de Comunicación	Eventos	110	127	115%
11.6	Visita Domiciliaria	Visitas	3,411	3,494	102%
11.7	Reforma de Vida	Sesiones	1,436	1,506	105%







Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel >= 100% son: Consultas en el PN (107%), Consultas en el II y III Nivel (103%), Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años (106%), Muestras PAP (100%), Interv Qx (106%), Tratamientos Especializados (107%), Tx. Órganos (179%), Egresos de Hospitalización Gral. (126%) y Vacunación Pentavalente (101%).

De las 07 Actividades denominadas Otros Servicios de Salud, cuatro (04) muestran un avance >=100%.

INICIATIVA DE GESTIÓN: AVANCE POI - 2015 — EXCELENTE

Actividades	Responsable	Fec. Ini. ReProg.	Fec. Fin ReProg.	Valor %	Valor ganado	Valor planeado	Pulso Progr.anual	Hitos ejecutados: N° HITOS	SI (100%)	NO (0 %)	AVANCE	Cumplimiento %
(15)153.Establecer convenios de Intercambio Prestacional: Convenio de complementariedad por parte de Gerencia de la Red con el Ministerio de Salud y Alianzas estrategicas de los EE.SS de la Red con Instituciones de su Comunidad	Eduardo Solano	01-ene	31-dic	100	94.9	100	0.949	4	3	0	1	75.00%
(15)154.Fortalecer la División de Inteligencia Sanitaria de los EESS de la Red	Oscar Medrano	01-mar	31-dic	100	100	100	1	3	3	0	0	100.00%
(15)155.Fortalecer competencias en los EE.SS en el adecuado Registro y Reporte de Eventos Adversos	Cesar Sosa	01-ene	31-dic	100	80	100	0.8	3	2	0	1	66.67%
(15)156.Realizar la Vigilancia de la Salud Ocupacional del Trabajador de los EESS de la RAS	Olga Soriano	15-ene	31-dic	100	100	100	1	6	6	0	0	100.00%
(15)157.Disminuir los Riesgos Ocupacionales y de los Accidentes de Trabajo en los EESS de la RAS	Olga Soriano	15-ene	31-dic	100	100	100	1	5	5	0	0	100.00%
(15)158.Fortalecer la Cartera de Atención Primaria de Salud	Eduardo Solano	01-ene	31-dic	100	94.8	100	0.948	5	4	0	1	80.00%
(15)159.Fortalecer el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI)	Margarita Calle	01-ene	30-jun	100	85	100	0.85	4	2	0	2	50.00%
Iniciativa de Gestión		01-ene	31-dic	100	93.53	100.00		30	25	0	5	83.33%

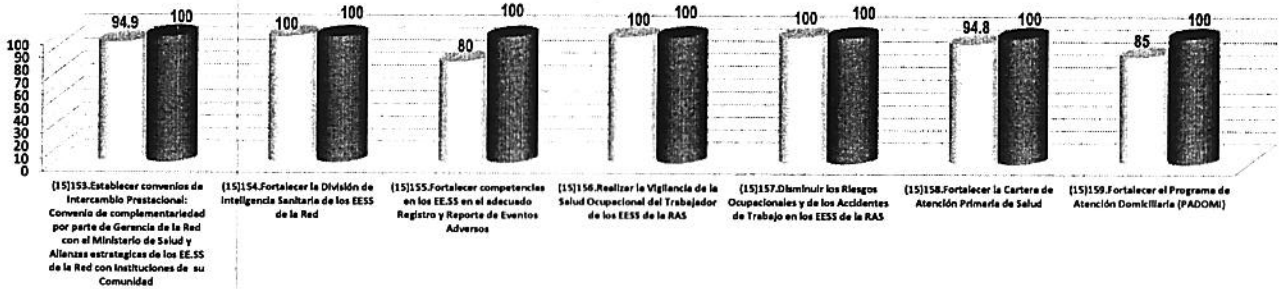
La Oficina de Coordinación de Prestaciones elaboró la estimación de brecha de oferta y demanda de personal asistencial de la RAS Piura. Mediante Oficio N° 3057-14/GOB- REG PIURA-DSRP-OEPE, sobre Servicios Complementarios y Oficio N° 046-2013 /SIS-UDR/PIURA I/I, sobre Intercambio Prestacional.

A fin de fortalecer la División de Inteligencia Sanitaria de los EESS de la Red, se realizaron las siguientes acciones: 1) Se conformaron los Equipos de trabajo de Inteligencia sanitaria en los CAS de la Red (Carta N° 138-OIPYC-RAPI-EsSalud-2015). 2) Se capacitó a la División de Inteligencia Sanitaria de los EESS de la Red (Dengue, ASIS, Chikungunya). 3) Se elaboró el Plan de Respuesta ante contingencias de Enfermedades Emergentes y Reemergentes (Carta N° 120-DIS-HCH-EsSalud-2015).

1)Resolución N° 247-GR-RAPI-ESSALUD-2015, se conformó el Comité de Eventos Adversos del CAP III Castilla 2)Difusión Directiva 07, 08,09 y 10 sobre Practicas Seguras en Hospitalización, Emergencia y Centro Quirúrgico 3)Carta N° 1089-GR-RAPI-2015 Informe de eventos Adversos- Centinela I, II III y IV Trimestre 2015 red Asistencial Piura se realizó el Análisis y Recomendaciones sobre eventos adversos.

Para realizar la Vigilancia de la Salud Ocupacional del Trabajador de los EESS de la RAS, se realizaron las siguientes acciones: 1) Mediante Resolución N° 107-GR-RAPI-EsSalud-2015, se conformó el Equipo de Trabajo de Salud Ocupacional. 2) Se elaboró el Diagnostico de los Riesgos Ocupacionales a los que está expuesto los trabajadores de los centros Asistenciales de la Red. 3) Se elaboró el Plan de Trabajo para la Implementación, teniendo en cuenta Directiva N° 001-GG-EsSalud-2013: "Examen Médico Ocupacional para el personal de EsSalud". Así mismo para disminuir los Riesgos Ocupacionales y de los Accidentes de Trabajo en los EESS de la RAS se conformó el Equipo de Trabajo de Salud Ocupacional y coordinación con el Comité de Seguridad. (Carta N° 009 y 52-CEPRIT-EsSalud-2015, Carta N° 031-SF-DADYT-HIIICH-EsSalud-2015).

1)Resolución N° 369-GR-RAPI-ESSALUD-2015, se designó a los Coordinadores de Atención Primaria en los EESS de la RAS Piura. 2)Conformación de Equipos de trabajo de APS en los EESS del Primer Nivel. 3)Curso - Taller de Atención Primaria. 4)Socializaron y aplicaron las Guías Práctica Clínica de APS. 5)Carta N° 744-DRH-OA-RAPI-ESSALUD-2015 se realizaron la asignación de recursos profesionales de la salud para el equipo de trabajo de PADOMI. 6)Capacitación de PADOMI.





Patron de Comportamiento de los Indicadores del POI - FONAFE de la Red Asistencial PIURA

1. Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva del I Nivel de Atención	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Ratio	0.40	0.39

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

2. Diferimiento de Citas Consulta Externa pacientes referidos del I al III Nivel	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	15	15

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

3. Promedio de Permanencia en Hospitalización General	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Día	[illegible]	[illegible]

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

4. Porcentaje de Pacientes en Sala de Observación < = 24 Horas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Porcentaje (%)	83.70%	83.70%

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

5. Tiempo de Espera de Intervención Quirúrgica	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	20	20

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

6. Cobertura de Tamizaje de Cancer de Cuello Uterino	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	27.50%	20.67%

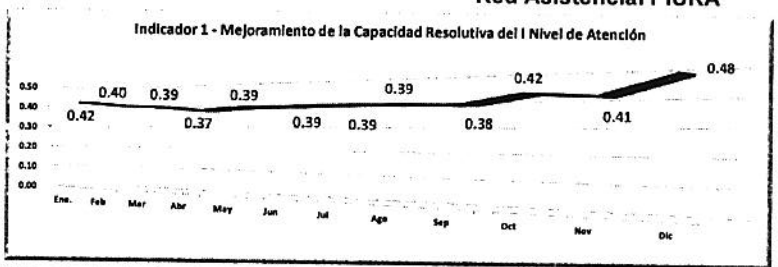
Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

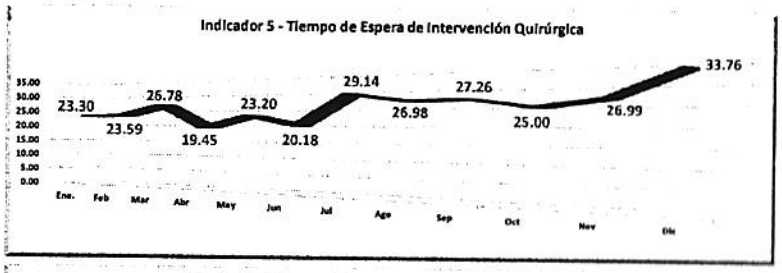
7. Cobertura de Tamizaje de Mamografías Preventivas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	21.80%	15.37%

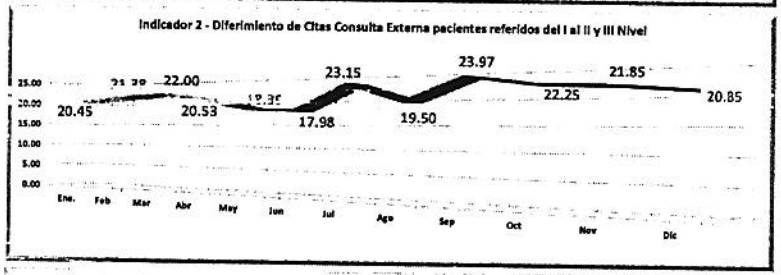
Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

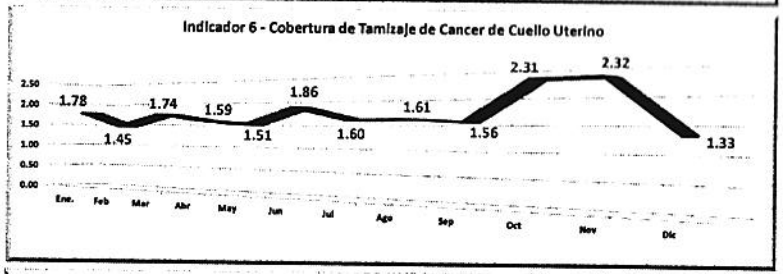
8. Cobertura de Vacunación Pentavalente (3era dosis)	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	80.00%	47.84%

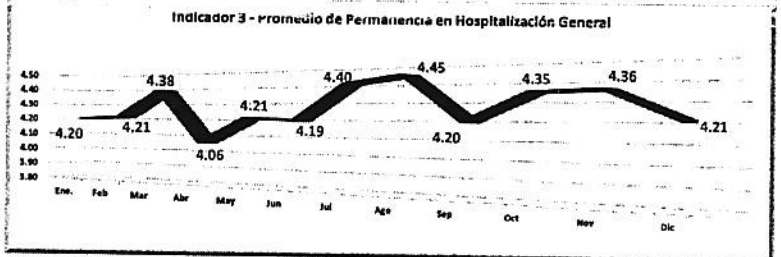
Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

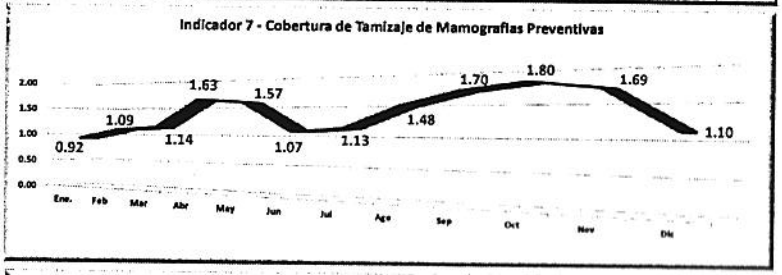


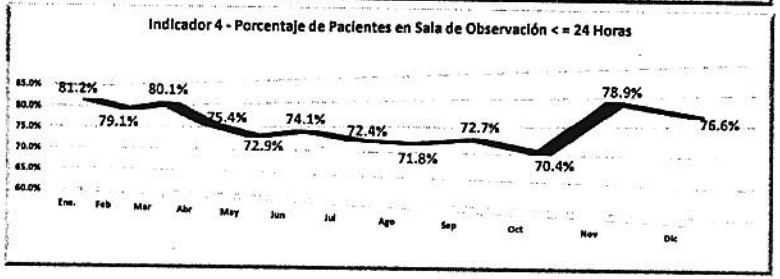


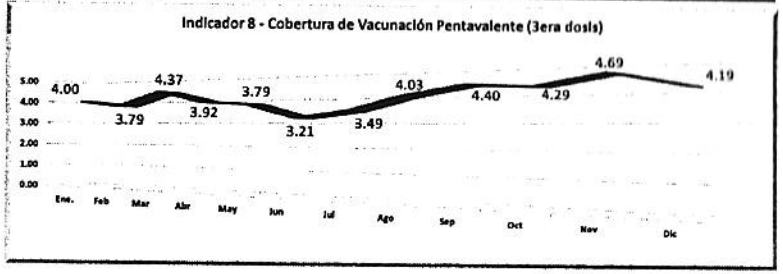






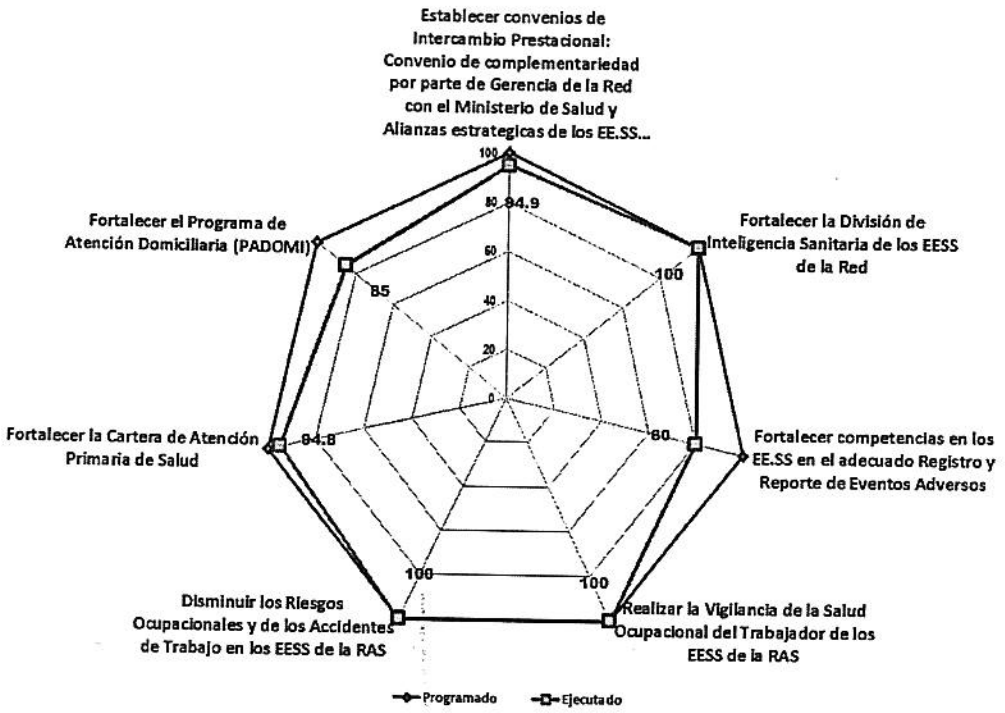






Red Asistencial PIURA

Actividades Desarrolladas para el cumplimiento de la Iniciativas de Gestión



Para: Establecer convenios de Intercambio Prestacional: Convenio de complementariedad por parte de Gerencia de la Red con el Ministerio de Salud y Alianzas estratégicas de los EE.SS de la Red con Instituciones de su Comunidad.

- ✓ Se Estableció la brecha negativa de actividades no otorgadas por Direcciones /Jefaturas de EESS.
- ✓ Se realizó un convenio por parte de Gerencia de la Red con Direcciones Regionales de Salud.
- ✓ Se realizaron Alianzas Estratégicas firmadas por Director de EE.SS de Primer Nivel de Atención y responsables de las Instituciones de la Comunidad.

Para: Fortalecer la División de Inteligencia Sanitaria de los EESS de la Red.

- ✓ Mediante Carta N° 135-OIPYC-RAPI-ESSALUD-2015, se Conformaron los Equipos de Trabajo de Inteligencia Sanitaria en los EESS de la RAS Piura.
- ✓ Se realizó la Capacitación en la División de Inteligencia Sanitaria de los EESS de la Red.
- ✓ Mediante CARTA N 120 DIS HCH ESSALUD 2015, se realizó un Plan de Respuesta ante contingencias de Enfermedades Emergentes y Reemergentes como Dengue, Chikungunya, Influenza.

Para: Fortalecer competencias en los EE.SS en el adecuado Registro y Reporte de Eventos Adversos

- ✓ Mediante Resolución N° 247-GR-RAPI-ESSALUD-2015, se conformó el Comité de Eventos Adversos del CAP III Castilla.
- ✓ Se realizó la Difusión Directiva 07, 08,09 y 10 sobre Practicas Seguras en Hospitalización, Emergencia y Centro Quirúrgico.
- ✓ Mediante Carta Nª 1089-GR-RAPI-2015 Informe de eventos Adversos- Centinela I, II III y IV Trimestre 2015 red Asistencial Piura se realizó el Análisis y Recomendaciones sobre eventos adversos.

Para: Realizar la Vigilancia de la Salud Ocupacional del Trabajador de los EESS de la RAS.

- ✓ Mediante Resolución N° 107 - GR-RAPI-ESSALUD-2015 Carta No 009-CEPRIT-ESSALUD-2015 Carta N° 031-SF-DADYT-HIIICH-ESSALUD-2015CEPRIT-ESSALUD-2015 Carta No 052-CEPRIT-ESSALUD-2015 se realizó la Conformación de Equipo de Trabajo de Salud Ocupacional.

Red Asistencial PIURA

- ✓ Mediante resolución N° 107 - GR-RAPI-ESSALUD-2015 Carta N° 009-CEPRIT-ESSALUD-2015 Carta N° 031-SF-DADYT-HIIICH-ESSALUD-2015 CEPRIT-ESSALUD-2015 Carta N° 052-CEPRIT-ESSALUD-2015 se realizó Diagnostico de los Riesgos Ocupacionales a los que está expuesto los trabajadores de los centros Asistenciales de la Red.
- ✓ Se elaboró el Plan de Trabajo para la Implementación, teniendo en cuenta Directiva N° 001-GG-EsSalud-2013: "Examen Médico Ocupacional para el personal de EsSalud".
- ✓ Se realizó la Evaluación de Salud Ocupacional de los trabajadores de la Red.
- ✓ Se realizó el Análisis de evaluación del personal con recomendaciones presentadas.

Para: Disminuir los Riesgos Ocupacionales y de los Accidentes de Trabajo en los EESS de la RAS.

- ✓ Mediante Resolución N° 107 - GR-RAPI-ESSALUD-2015 Carta N° 009-CEPRIT-ESSALUD-2015 Carta N° 031-SF-DADYT-HIIICH-ESSALUD-2015CEPRIT-ESSALUD-2015 Carta N° 052-CEPRIT-ESSALUD-2015 se realizó la Conformación de Equipo de Trabajo de Salud Ocupacional y coordinación con el Comité de Seguridad y Salud de Trabajo de la RED.
- ✓ Se Generaron competencias en los Trabajadores mediante talleres técnicos para la identificación y evaluación de riesgos ocupacionales a los que están expuestos (Ley N° 29783 y su Reglamento).
- ✓ Se Generaron competencias en los Trabajadores mediante talleres técnicos sobre Enfermedades Ocupacionales más frecuentes de los EESS de la RED.
- ✓ Se elaboró un cuadro comparativo de Accidentes de Trabajo 2013 - 2014.
- ✓ Se elaboró un cuadro comparativo de la Evaluación de Riesgos en EESS de la Red 2013 - 2014.

Para: Fortalecer la Cartera de Atención Primaria de Salud

- ✓ Mediante Resolución N° 369-GR-RAPI-ESSALUD-2015, se designó a los Coordinadores de Atención Primaria en los EESS de la RAS Piura.
- ✓ Se realizó la conformación de Equipos de trabajo de APS en los EESS del Primer Nivel.
- ✓ Se realizó el Curso - Taller de Atención Primaria
- ✓ Se Socializaron y aplicaron las Guías Práctica Clínica de APS

Para: Fortalecer el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI)

- ✓ Mediante Carta N° 744-DRH-OA-RAPI-ESSALUD-2015 se realizaron la asignación de recursos profesionales de la salud para el equipo de trabajo de PADOMI.
- ✓ Se realizó la capacitación de PADOMI.

Gestión de la RAS

En el mes de Enero

- ✓ Se conformó el Comité de Salud Renal - 2015
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Médica del H I Sullana
- ✓ Se conformó el Comité de Farmacovigilancia del H I Sullana

En el mes de Febrero

- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Médica – 2015, del H II Jorge Reategui Delgado de la RAS Piura
- ✓ Se designó al Centro de Operaciones de Emergencia de la RAS Piura - EsSalud.
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Medica del IPO - 2015
- ✓ Se conformó el Comité de Contingencia de Fiebre de Brote de Chikungunya
- ✓ Se designó el Equipo de Trabajo de Salud Ocupacional - CEPRIT-RAS Piura.
- ✓ Se conformó el Comité de la Gestión de Riesgos y Trabajo – 2015, de la RAS Piura y del H I Paita

En el mes de Marzo

- ✓ Se designó el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo para el periodo 2015-2017, del H II Jorge Reategui Delgado
- ✓ Se designó el Comité de Auditoria del H I Sullana de la RAS Piura

En el mes de Abril

- ✓ Se designó el Comité de Referencias y Contrarreferencias, el Comité de Hospitalización, el Comité de Auditoria Médica, del H III Cayetano Heredia de la RAS Piura
- ✓ Se conformó el Comité de Seguridad de Atención de Contingencia y el Comité de Riesgos y Desastres, de la RAS Piura.
- ✓ Se conformó el Comité de Trasplante de Corneas del Instituto Peruano de Oftalmología de la RAS Piura

Gerencia de Planeamiento Corporativo-GCPD VºBº V. REYNA Gerente ESSALUD

GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y DESARROLLO VºBº Ing. A. ROJAS ESSALUD

SECCION CONTROL Y EVALUACION DE LA GESTION-GCPD VºBº Econ. A. Verástegui SubGerente ESSALUD

Red Asistencial PIURA

Contratación de servicio de trabajos de mantenimiento, pintado, colocación de planchas de acero inoxidable y ángulos de fierro en las puertas de hospitalización del H I Paita de la RAS Piura	AMC	27,000.00
Contratación de una empresa especializada en auditoria médica para elaboración de expedientes médicos de la RAS Piura	ADS	147,407.08
Contratación del servicio de mantenimiento correctivo especializado del equipo videocoloscopio del H III José Cayetano Heredia	AMC	20,933.20
Contratación del servicio de movilidad de PADOMI médico de la RAS Piura (12 meses)	AMC	39,600.00
Contratación del servicio de reparación especializado del equipo broncofibroscopio del H III José Cayetano Heredia de la RAS Piura	AMC	30,562.00
Contratación del servicio de trabajos de acondicionamiento de infraestructura del ambiente de TBC del H III Jorge Reátegui Delgado de la RAS Piura	AMC	37,800.00
Contratación del servicio de trabajos de mantenimiento de almacén de material médico de la unidad de almacenes de la RAS Piura	AMC	39,800.00
Contratación del servicio de trabajos de mantenimiento de infraestructura del área de archivo documentario en el segundo piso de talleres del H III Cayetano Heredia	AMC	39,800.00
Contratación del servicio de trabajos de mantenimiento de las oficinas del CEPRIT del H III Cayetano Heredia de la RAS Piura	AMC	39,100.00
Pasajes terrestre Talara-Lima-Talara	ADS	179,960.00
Servicio de acondicionamiento e instalación de lunas, vidrios y micas de la RAS Piura	ADS	56,105.00
Servicio de acondicionamiento y mantenimiento de las instalaciones de rehabilitación del H III Cayetano Heredia	ADS	127,400.00
Servicio de mantenimiento de la infraestructura de los ambientes del servicio de hospitalización del H I Sullana.	ADS	109,000.00
Servicio de mantenimiento de máquinas de hemodiálisis y planta de tratamiento de agua de la RAS Piura	CP	62,400.00
Servicio de movilidad exclusiva para el personal profesional asistencial de apoyo en acciones de visitas domiciliarias (PADOMI) - enfermería y psicología, para el H III Cayetano Heredia de RAS Piura	AMC	24,000.00
Servicio de procesamiento de piezas operatorias y biopsias del servicio de patología clínica y anatomía patológica	ADS	129,420.00
Servicio de trabajos de mantenimiento del área de emergencia ginecóloga del H III José Cayetano Heredia.	ADS	187,801.25
Total		2'117,789.53

(*) Periodos de 12 meses

Principales Cursos Talleres llevados a cabo

1. Curso de RCP, dirigido a 100 Participantes (S/. 20,000).
2. Urgencias y emergencias, dirigido a 85 Participantes (S/. 10,000)
3. Curso en emergencias pediátricas, dirigido a 72 Participantes (S/. 6,000)
4. Curso retinopatía en prematuridad, dirigido a 50 Participantes (S/. 6,000)
5. Taller de implementación de protocolos de atención con guías de práctica clínica aplicables, dirigido a 65 Participantes (S/. 11,000)
6. Actualización en cáncer ginecológico, dirigido a 70 Participantes (S/. 6,000)
7. Curso Regional de Medicina Intensiva, dirigido a 120 Participantes (S/. 8,080)
8. Infecciones Intrahospitalarias, dirigido a 110 Participantes (S/. 9,000)
9. Curso EKG y Emergencias cardiológicas, dirigido a 60 Participantes (S/. 12,000)
10. Curso de psicoprofilaxis obstétrico y estimulación prenatal, dirigido a 60 Participantes (S/. 4,000)
11. Inducción a internos, residentes, serumistas y nuevos trabajadores, dirigido a 133 Participantes (S/. 7,000)

Red Asistencial PIURA

- ✓ Se conformó el Comité de Lactancia Materna 2015, de la RAS Piura.

En el mes de Mayo

- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Odontológicas del H III Cayetano Heredia de la RAS Piura.
- ✓ Se conformó el Comité de Eventos Adversos del CAP II Castilla

En el mes de Junio

- ✓ Se conformó el Comité Técnico de Formulación de Plan Director de la RAS Piura.
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Medica del CAP III Castilla
- ✓ Se conformó el Comité de Lactancia Materna de la RAS Piura
- ✓ Se conformó el Comité Dengue de la RAS Piura
- ✓ Se conformó el Comité Farmacovigilancia del Instituto Peruano de Oftalmología de la RAS Piura - EsSalud
- ✓ Se conformó el Comité Farmacológico del Instituto Peruano de Oftalmología de la RAS Piura - EsSalud
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Medica de Incapacidades del instituto Peruano de Oftalmología de la RAS Piura

En el mes de Julio

- ✓ Se conformó el Comité Farmacológico del Instituto Peruano de Oftalmología de la RAS Piura

En el mes de Agosto

- ✓ Se conformó el Comité de Auditorias Odontológicas de la RAS Piura
- ✓ Se conformó el Comité de Salud y Seguridad en el trabajo del CAP III Castilla de la RAS Piura

En el mes de Noviembre

- ✓ Se conformó el Comité de Reforma de Vida Renovada del CAP III Castilla de la RAS Piura
- ✓ Se aprobó el Plan de Contingencia de Desastres 2015 – 2016, Fenómeno El Niño, H II Jorge Reategui Delgado, H I Sullana, del H I Miguel Cruzado Vera, de la RAS Piura.
- ✓ Se conformó el Comité de Proyecto de Mejora Continua denominado "Mejoramiento del Sistema de Referencia, Contrarreferencia y aplicación de Guías Clínicas y Protocolo de Atención en el Instituto Peruano de Oftalmología" de la RAS Piura
- ✓ Se conformó la Junta de Evaluación Médica para Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica H II Jorge Reategui Delgado
- ✓ Se conformó el Comité para Supervisión de Servicios Contratados.
- ✓ Se conformó el Comité Transnacional del Centro de Hemoterapia II del H III Jose Cayetano Heredia

En el mes de Diciembre

- ✓ Se constituyeron Círculos por los Derechos y la Humanización: en la PM Ignacio Escudero, CAP III Castilla, PM Huancabamba, CAP II Chulucanas, PM Canchaque, CM El Alto, PM Sechura CAP III Catacaos, PM Morropón, PM Ayabaca, CM Tambogrande, CM Leoncio Amaya Tume - La Unión, de la RAS Piura.
- ✓ Se aprobó el Plan de Trabajo 2016 de Implementación y Fortalecimiento del Sistema de Control Interno de la RAS Piura
- ✓ Se aprobó el "Plan de Respuesta ante Situaciones de Emergencia y Desastres del CAP III Metropolitano, de la RAS Piura.
- ✓ Se designó a los miembros del Comité de Eventos Adversos del H I Sullana de la RAS Piura
- ✓ Se designó a los miembros de Comité Bioseguridad del H I Sullana de la RAS Piura
- ✓ Se designó a los miembros de Comité de Infecciones Intrahospitalarias del H I Sullana de la RAS Piura

Principales Gastos Logísticos (PAC – 2015)

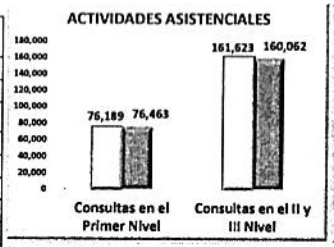
Descripción (*)	Tipo de proceso	Valor estimado S/.
Adquisición de insumos DIPAC delegado a compra local para pacientes continuadores sistema ultra bag mayo 2015, para los CAS de la RAS Piura	AMC	94,122.00
Adquisición de medicamento delegado a compra local: ácido valproico 500 mg	AMC	107,100.00
Adquisición de medicamentos compra local - RAS Piura	ADS	42,444.00
Adquisición de soluciones de hemodiálisis (ultrabag)	AMC	157,216.00
Adquisición de repuestos tubo de rayos x para el tomógrafo marca siemens H III Cayetano Heredia	ADP	306,470.00
Contratación de servicio de mantenimiento correctivo especializado de pieza de mano del equipo cámara retinal del IPO de la RAS Piura	AMC	39,999.00
Contratación de servicio de pintado de paredes interiores y exteriores del CM El Alto de la RAS Piura	AMC	33,000.00
Contratación de servicio de trabajo de mantenimiento de habitaciones de sala de emergencia del H II Jorge Reátegui Delgado de la RAS Piura	AMC	39,350.00

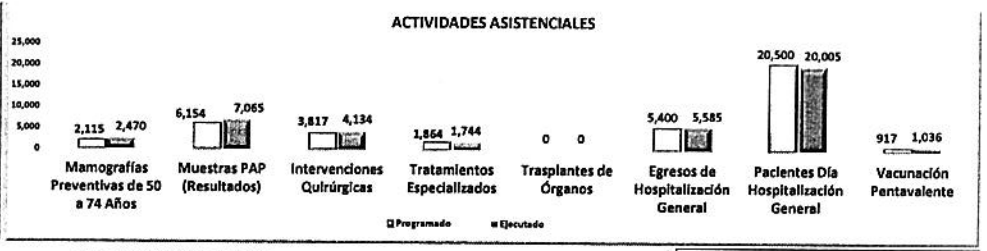
Evaluación del Plan Operativo Institucional 2015 - Desagregado

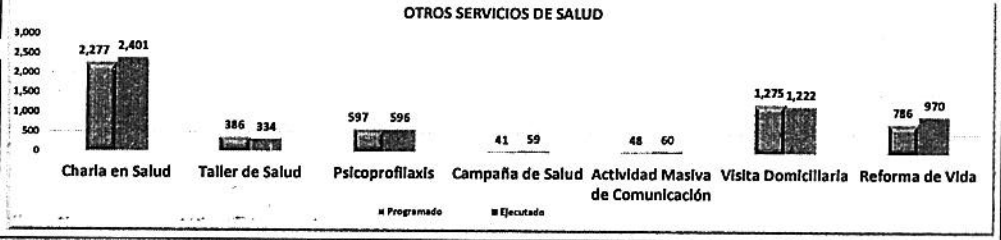
Red Asistencial PUNO

ACTIVIDADES OPERATIVAS - ASISTENCIALES

	PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD	UNIDAD DE MEDIDA	Al IV Trimestre		Cumplimiento %
			Programado	Ejecutado	
1	Consultas en el Primer Nivel	Consultas	76,189	76,463	100%
2	Consultas en el II y III Nivel	Consultas	161,623	160,062	99%
3	Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años	Mamografías preventivas con resultado	2,115	2,470	117%
4	Muestras PAP (Resultados)	Exámenes PAP con resultado	6,154	7,065	115%
5	Intervenciones Quirúrgicas	Intervenciones Quirúrgicas	3,817	4,134	108%
6	Tratamientos Especializados	Tratamientos Especializados	1,864	1,744	94%
7	Trasplantes de Órganos	Trasplantes	0	0	0%
8	Egresos de Hospitalización General	Egresos	5,400	5,585	103%
9	Pacientes Día Hospitalización General	Paciente día	20,500	20,005	98%
10	Vacunación Pentavalente	Vacunas (3ª dosis)	917	1,036	113%
11	Otros servicios de Salud				
11.1	Charla en Salud	Charlas	2,277	2,401	105%
11.2	Taller de Salud	Sesiones	388	334	87%
11.3	Psicoprofilaxis	Sesiones	597	596	100%
11.4	Campaña de Salud	Campañas	41	59	144%
11.5	Actividad Masiva de Comunicación	Eventos	48	60	125%
11.6	Visita Domiciliaria	Visitas	1,275	1,222	96%
11.7	Reforma de Vida	Sesiones	788	970	123%







Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel >= 100% son: Consultas en el PN (100%), Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años (117%), Muestras PAP (115%), Interv Qx. (108%), Egresos de Hospitalización Gral. (103%) y Vacunación Pentavalente (113%) Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel de avance por debajo del 95% son las referidas a: Tratamientos Especializados (94%)

De las 07 Actividades denominadas Otros Servicios de Salud, cinco (05) muestran un avance >=100% y una (01) se encuentran con un nivel de avance menor al 95% siendo estas: Taller de Salud (87%)

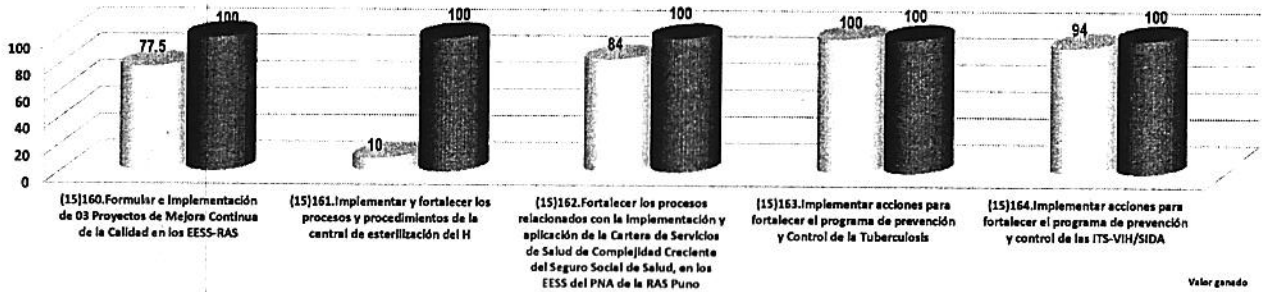
INICIATIVA DE GESTIÓN — AVANCE POI - 2015 — REGULAR

Actividades	Responsable	Fec. Ini. ReProg	Fec. Fin ReProg	Valor %	Valor ganado	Valor planeado	Indice Plazo actual	Hitos ejecutados: N° HITOS	SI (100%)	NO (0 %)	AVANCE	Cumplimiento %
(15)160.Formular e Implementación de 03 Proyectos de Mejora Continua de la Calidad en los EESS-RAS	Henrry Ylario Ulloa	30-mar	30-dic	100	77.5	100	0.775	6	3	1	2	50.00%
(15)161.Implementar y fortalecer los procesos y procedimientos de la central de esterilización del H	Arminia Valencia	30-mar	30-dic	100	10	100	0.1	6	1	5	0	16.67%
(15)162.Fortalecer los procesos relacionados con la Implementación y aplicación de la Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente del Seguro Social de Salud, en los EESS del PNA de la RAS Puno	Marisela Serruto	30-mar	30-dic	100	84	100	0.84	5	2	1	2	40.00%
(15)163.Implementar acciones para fortalecer el programa de prevención y Control de la Tuberculosis	Marisela Serruto	30-mar	30-nov	100	100	100	1	5	5	0	0	100.00%
(15)164.Implementar acciones para fortalecer el programa de prevención y control de las ITS-VIH/SIDA	Marisela Serruto	30-mar	30-dic	100	94	100	0.94	6	4	1	1	66.67%
Iniciativa de Gestión		30-mar	30-dic	100	73.10	100.00	0.7310	28	15	8	5	53.57%

1)Res.N° 591-G-RAPU-ESSALUD-2015, Equipo de Mejora Continua para la Gestión de Residuos Sólidos de la RAS Puno. 2)Res. N° 635-G-RAPU-ESSALUD-2015, Equipo de Mejora Continua del H III Puno 2015 – 2016. 3) Res. N° 714-G-RAPU-ESSALUD-2015, Equipo de Mejora Continua para la Gestión de la Calidad del Servicio de Lavandería del H III Puno, de la RAS Puno. 4) Capacitación y asistencia técnica sobre la base de lo programado en la Plan Local de Capacitación de la RAS Puno. 5)Se identificaron y se priorizaron las mejoras de los problemas detectados. 6)Se formularon Proyectos de Mejora Continua de la Calidad: Gestión de los Residuos Sólidos, Servicio de Lavandería, Administración de la Historia Clínica, Aplicación y Cumplimiento de Estándares de Acreditación Hospitalaria. 7)Res.N° 657-G-RAPU-ESSALUD-2015, se conformó el Comité de Implementación y fortalecimiento del Servicio de Central de Esterilización.

1)Carta N° 04-CAP-P-GRAPUNO-ESSALUD-2015, diagnóstico y formulación del Plan de implementación y aplicación de la Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente en los establecimientos de Salud del Primer Nivel de la RAS Puno. 2)Informó evaluación y aprobación del Plan de Implementación en los EESS: CAP III Metropolitano, Pol. Ilave, PM. Juli, PM. Yunguyo; CAP II Acora; CAP I Desaguadero y CAP I Laraqueri (Acta 17/09/15). 3) Informó ejecución del Plan y Monitoreo de la aplicación de la Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente en los establecimientos de Salud de Atención Primaria de la Red Asistencial Puno (Carta N° 348-DCAPIII-MPU-GRAPUNO-ESSALUD-2015, Carta N° 300-CAP I-D-RAPU-ESSALUD-2015, Carta N° 333-CAP II-A-RAPU-ESSALUD-2015, Carta N° 293-DPMJ-GRAPUNO-ESSALUD-2015, Carta N° 397-DHU-OCPyAP-GRAPUNO-ESSALUD-2015). 4)Carta N° 1700-GRAPUNO-ESSALUD-2015, se informó sobre la Evaluación de la Cartera de Servicios.

1)Resolución N° 376 y 274-G-RAPU-ESSALUD-2015, se designó al coordinador de Tuberculosis y conformó el Comité Técnico asesor. 2)Carta N° 239 OCPyAP-GRAPUNO-ESSALUD-2015, se alcanzó Diagnostico y el Plan de Intervención TB (Set 2015).3)Res.N° 561-GRAPUNO-ESSALUD-2015 (set 2015), se designó al coordinador de ITS-VIH/SIDA y el Comité Técnico Asesor. 4)Acta de reunión 05/06/15 Acta de Supervisión de 23/09/15.5)Carta N° 267 OCPyAP-GRAPUNO-ESSALUD-2015, se informa sobre el requerimiento de material de impresión.





Patron de Comportamiento de los Indicadores del POI - FONAFE de la Red Asistencial PUNO

1. Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva del I Nivel de Atención	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Ratio	0.51	0.47

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

2. Diferimiento de Citas Consulta Externa pacientes referidos del I al III Nivel	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	9	9

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

3. Promedio de Permanencia en Hospitalización General	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	3.77	3.77

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

4. Porcentaje de Pacientes en Sala de Observación < = 24 Horas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Porcentaje (%)	94.80%	94.80%

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

5. Tiempo de Espera de Intervención Quirúrgica	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	29	29

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

6. Cobertura de Tamizaje de Cancer de Cuello Uterino	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	30.00%	19.63%

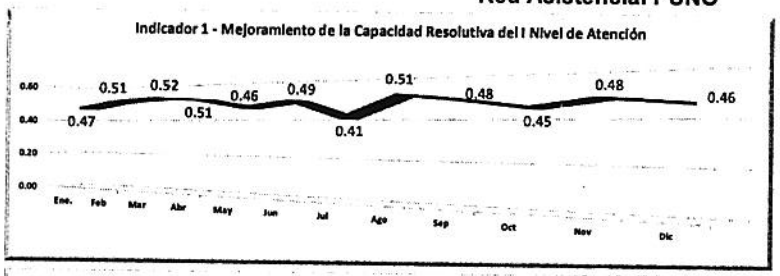
Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

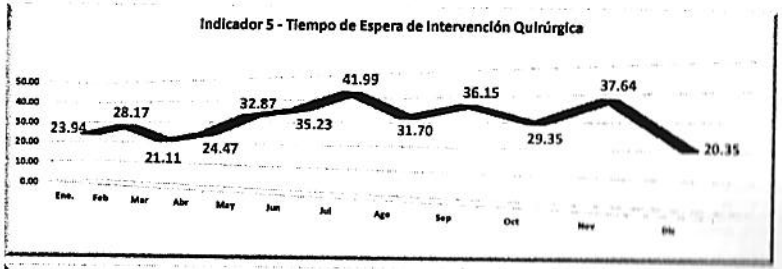
7. Cobertura de Tamizaje de Mamografías Preventivas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	30.00%	20.52%

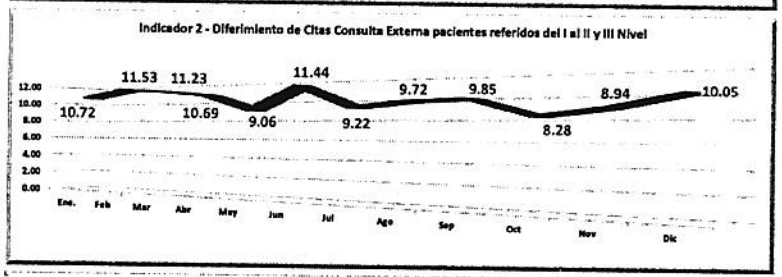
Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

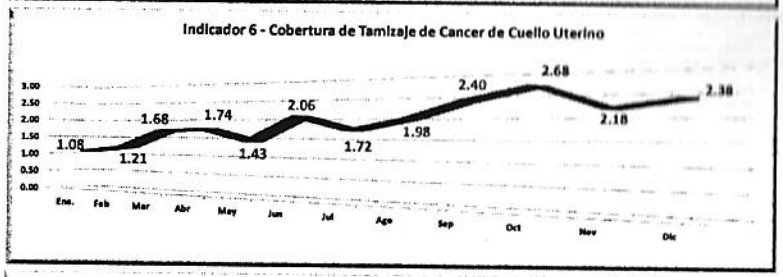
8. Cobertura de Vacunación Pentavalente (3era dosis)	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	85.00%	74.55%

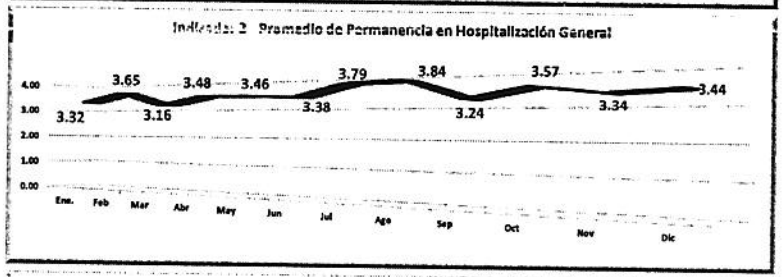
Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

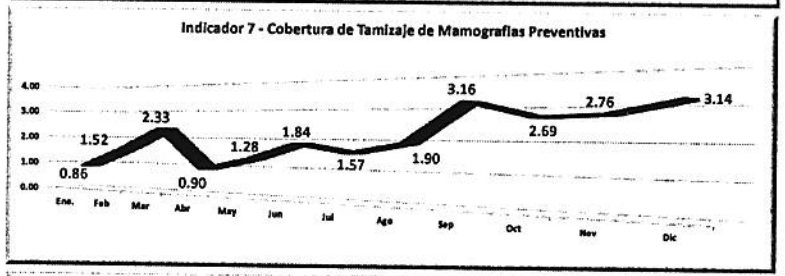


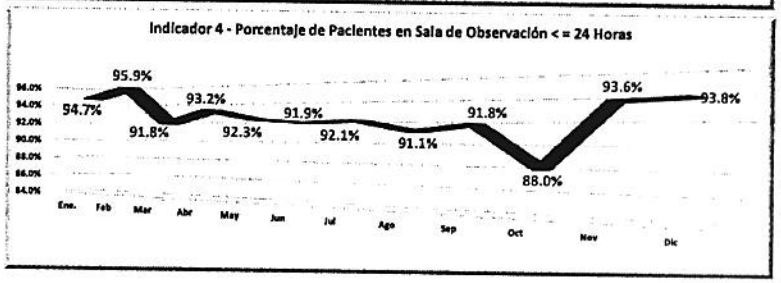


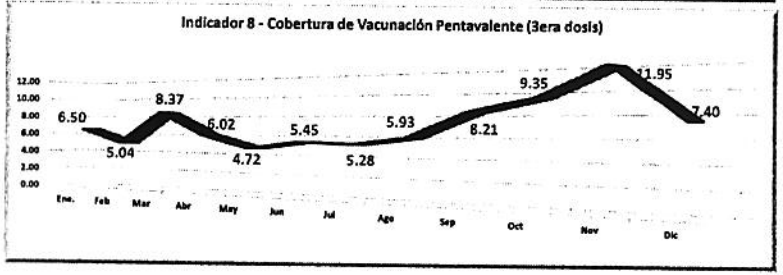






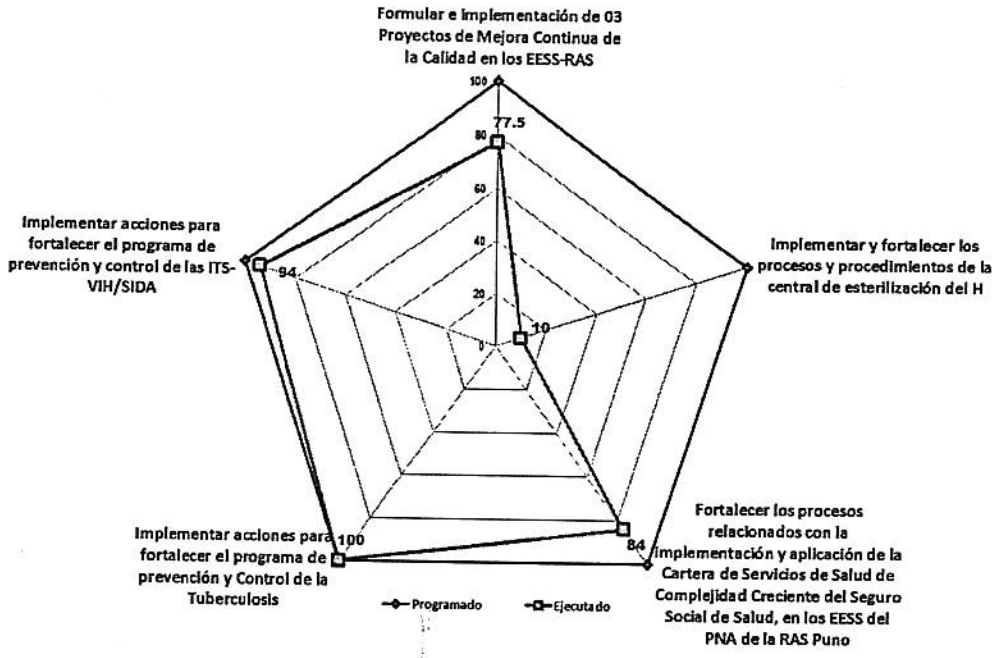






Red Asistencial PUNO

Actividades Desarrolladas para el cumplimiento de la Iniciativas de Gestión



Para: Formular e implementación de 03 Proyectos de Mejora Continua de la Calidad en los EESS-RAS

- ✓ Mediante Resolución N° 591-G-RAPU-ESSALUD-2015, se conformó el Equipo de Mejora Continua para la Gestión de Residuos Sólidos de la RAS Puno.
- ✓ Mediante Resolución N° 635-G-RAPU-ESSALUD-2015, se conformó el Equipo de Mejora Continua del H III Puno 2015 – 2016.
- ✓ Mediante Resolución N° 714-G-RAPU-ESSALUD-2015, se conformó el Equipo de Mejora Continua para la Gestión de la Calidad del Servicio de Lavandería del H III Puno, de la RAS Puno.
- ✓ Capacitación y asistencia técnica sobre la base de lo programado en la Plan Local de Capacitación de la RAS Puno
- ✓ Se identificaron y se priorizaron las mejoras de los problemas detectados.
- ✓ Se formularon Proyectos de Mejora Continua de la Calidad: Gestión de los Residuos Sólidos, Servicio de Lavandería, Administración de la Historia Clínica, Aplicación y Cumplimiento de Estándares de Acreditación Hospitalaria

Para: Implementar y fortalecer los procesos y procedimientos de la central de esterilización del H III Puno con el fin de lograr la certificación del Servicio.

- ✓ Mediante Resolución N° 657-G-RAPU-ESSALUD-2015, se conformó el Comité de Implementación y fortalecimiento del Servicio de Central de Esterilización.
- ✓ Se evaluó un estándar.

Para: Fortalecer los procesos relacionados con la implementación y aplicación de la Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente del Seguro Social de Salud, en los EESS del PNA de la RAS Puno

- ✓ Mediante Carta N° 04-CAP-P-GRAPUNO-ESSALUD-2015, se informa sobre el diagnóstico y formulación del Plan de implementación y aplicación de la Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente en los establecimientos de Salud del Primer Nivel de la RAS Puno.
- ✓ Se informó sobre la evaluación y aprobación del Plan de Implementación en los EESS: CAP III Metropolitano, Pol. Ilave, PM. Juli, PM. Yunguyo; CAP II Acora; CAP I Desaguadero y CAP I Laraqueri (Acta 17/09/15)
- ✓ Se informó sobre la ejecución del Plan y Monitoreo de la aplicación de la Cartera de Servicios de Salud de

Red Asistencial PUNO

Complejidad Creciente en los establecimientos de Salud de Atención Primaria de la Red Asistencial Puno (Carta N° 348-DCAPIII-MPU-GRAPUNO-ESSALUD-2015, Carta N° 300-CAP I-D-RAPU-ESSALUD-2015, Carta N° 333-CAP II-A-RAPU-ESSALUD-2015, Carta N° 293-DPMJ-GRAPUNO-ESSALUD-2015, Carta N° 397-DHU-OCPyAP-GRAPUNO-ESSALUD-2015).

- ✓ Mediante Carta N° 1700-GRAPUNO-ESSALUD-2015, se informó sobre la Evaluación de la Cartera de Servicios.

Para: Implementar acciones para fortalecer el programa de prevención y Control de la Tuberculosis

- ✓ Mediante Resolución N° 376 y 274-G-RAPU-ESSALUD-2015, se designó al coordinador de Tuberculosis y conformó el Comité Técnico asesor.
- ✓ Mediante Carta N° 239 OCPyAP-GRAPUNO-ESSALUD-2015, se alcanzó Diagnostico y el Plan de Intervención TB (Set 2015)
- ✓ Mediante Carta N° 125-OCPyAP-GRAPUNO-ESSALUD-2015 (Jun 2015) y Carta N° 353-OCPyAP-GRAPUNO-ESSALUD-2015 (Dic 2015), se informa sobre adquisicion de cabinas recolectoras y cajas transportadoras e impresión de documentos técnicos y material educativos – afiches.
- ✓ Mediante el Informe N° 05-CAP-P-OCP-GRAPUNO-2015, informa sobre el avance de Reuniones técnicas y Evaluaciones sobre manejo de pacientes con TB
- ✓ Informe No 06 CAP-P-OCP-GRAPUNO-ESSALUD-15.- Informe de Supervisiones a Establecimientos de Salud y Servicios de Laboratorio donde se realizan Baciloscopias

Para: Implementar acciones para fortalecer el programa de prevención y control de las ITS-VIH/SIDA

- ✓ Mediante Resolución N° 561-GRAPUNO-ESSALUD-2015 (set 2015), se designó al coordinador de ITS-VIH/SIDA y el Comité Técnico Asesor
- ✓ Acta de reunión 05/06/15 Acta de Supervisión de 23/09/15
- ✓ Mediante Carta N° 267 OCPyAP-GRAPUNO-ESSALUD-2015, se informa sobre el requerimiento de material de Impresión
- ✓ Mediante Informe N° 07-CAP-P-OCP-GRAPUNO-ESSALUD-2015, se informa sobre las reuniones técnicas sobre manejo integral del Paciente con ITS-VIH/SIDA
- ✓ Mediante Informe N° 08-CAP-P-OCP-GRAPUNO-ESSALUD-2015, se informa de las Supervisiones a los Establecimientos de Salud ITS-VIH/SIDA

Gestión de la RAS

En el mes de Enero

- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Medica de la RAS Puno.
- ✓ Se conformó el Comité de Historias Clínicas del H III Puno
- ✓ Se conformó el Comité de Referencia y Contrarreferencia del H III Puno

En el mes de Febrero

- ✓ Se constituyó el Sub-Comité de Implementación del Sistema de Control Interno de la RAS Puno
- ✓ Se conformó el Comité Técnico de Acuerdos y Compromisos de Gestión a nivel de la RAS Puno - 2015
- ✓ Se conformó el Comité Funcional de Auditoria Odontológica
- ✓ Se conformó el Comité de Salud Mental de la RAS Puno

En el mes de Marzo

- ✓ Se conformó el Comité de Auditoría Medica del H I Clínica Universitaria
- ✓ Se conformó el Comité de Acreditación de la RAS Puno
- ✓ Se conformó el Equipo de Categorización del CAP Metropolitano Puno

En el mes de Abril

- ✓ Se conformó el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo de la RAS Puno
- ✓ Se conformó el Comité de Auditorio de Incapacidad COMAI del H III Puno
- ✓ Se conformó el Comité de Patología Clínica y Anatomía Patológica del H III Puno
- ✓ Se conformó el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo del H I Clínica Universitaria
- ✓ Se conformó el Comité Multidisciplinario de Dotación de Multimicronutrientes
- ✓ Se conformó el Equipo de Brigadas del CAP II Acora

En el mes de Mayo

- ✓ Se conformó el Comité de Acreditación de la RAS Puno.
- ✓ Se conformó el Equipo de Acreditación del H III Puno, H I Clínica Universitaria, CAP III Metropolitano Puno,

Red Asistencial PUNO

Policlínico Ilave, CAP II Acora, de la RAS Puno.

- ✓ Se conformó el Equipo Interno del Proceso de Acreditación del CAP III Metropolitano Puno

En el mes de Junio

- ✓ Se conformó el Comité Técnico de Formulación del Plan Director de Inversiones de la RAS Puno

En el mes de Julio

- ✓ Se constituyó el Comité de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias del H III Puno
- ✓ Se conformó el Comité Multidisciplinario de Dotación de Multimicronutrientes del H III Puno
- ✓ Se conformó el Comité Medico de Auditoria de incapacidades - COMAI
- ✓ Se conformó el Sub Comité de Implementación del Sistema de Control Interno de la RAS Puno - 2015

En el mes de Agosto

- ✓ Se conformó el Comité Medico de Auditoria de Incapacidades – COMAI, del H I Clínica universitaria periodo 2015, 2016 y 2017
- ✓ Se conformó el Comité de Calidad y Seguridad en el Paciente de la RAS Puno
- ✓ Se conformó el Comité de Calidad y Seguridad en el Paciente del H III Puno
- ✓ Se Conformó el Equipo de Rondas de Seguridad del H III Puno

En el mes de Setiembre

- ✓ Se Conformó el Equipo de Brigada de Emergencia del H III Puno 2015
- ✓ Se conformó el Equipo "Cero Dolor" del CAP III Metropolitano Puno
- ✓ Se conformó el Comité interdisciplinario de la Estrategia Nacional de Control de ITS-VIH/SIDA 2015 de la RAS Puno, del H III Puno, CAP III Metropolitano Puno, H I Clínica Universitaria, Policlínico Ilave, PM Yunguyo, CAP I Desaguadero.
- ✓ Se conformó el Comité de Prevención y Análisis de Mortalidad Materna de la RAS Puno 2015
- ✓ Se conformó el Comité de Seguridad en el Trabajo del H III Puno

En el mes de Octubre

- ✓ Se conformó el Equipo de Mejora Continua para la Gestión de Residuos Sólidos de la RAS Puno
- ✓ Se conformó el Comité de Prevención y Análisis de Mortalidad Materna del H I Clínica Universitaria de la RAS Puno
- ✓ Se conformó el Comité para Supervisión del Servicio de Hemodiálisis del H III Puno
- ✓ Se conformó el Comité de Farmacoterapia del H III Puno
- ✓ Se conformó el Comité de Farmacovigilancia del H III Puno
- ✓ Se conformó el Equipo de Mejora Continua de la Calidad del H III Puno, 2015 - 2016
- ✓ Se conformó el Comité de Prevención y Análisis de Mortalidad Materna del H III Puno
- ✓ Se aprobó el Plan de Autoevaluación del CAP I Desaguadero, del CAP III Metropolitano Puno de la RAS Puno
- ✓ Se aprobó el Plan de Respuesta Hospitalaria para Situaciones de Emergencias y Desastres del H III Puno
- ✓ Se aprobó el Manual de Procedimientos para el Servicio de Enfermería del H III Puno
- ✓ Se aprobó el Manual de Banco de Sangre del H III Puno
- ✓ Se conformó el Grupo de Trabajo de Gestión del Riesgo de Desastres del H III Puno - 2015
- ✓ Se aprobó el Manual de Primeros Auxilios e Intoxicaciones - Servicio de Farmacia del H III Puno

En el mes de Noviembre

- ✓ Se aprobó el Plan de Operaciones de Respuesta Frente a Emergencias y Desastres - Fenómeno El Niño de la RAS Puno
- ✓ Se aprobó el Plan de Autoevaluación del H III Puno
- ✓ Se aprobaron GPC de Procedimiento: en Odontológicos, Gastroenterología, Hematología, Dermatología, Reumatología, Neumología, Psiquiatría, Oncología, Cardiología, Neurología, Nefrología, Anestesiología y Centro Quirúrgico del H III Puno
- ✓ Se modificó la Secretaria Técnica del Régimen Disciplinario y Procedimiento Administrativo Sancionador, de la RAS Puno
- ✓ Se conformó el Equipo de Mejora Continua para la Gestión de la Calidad del Servicio de Lavandería del H III Puno, de la RAS Puno
- ✓ Se conformó la Comisión Médica Calificadora de la Incapacidad de la Ley 27023 del H III Puno, de la RAS Puno
- ✓ Se conformó el Comité multidisciplinario del Programa de Reforma de Vida Renovado, del H III Puno y de la RAS Puno
- ✓ Se conformó el Comités de Prevención y Análisis de Mortalidad Materna 2015, de la PM Yunguyo
- ✓ Se conformó el Equipo de Brigadas de Emergencia de la Gerencia de la RAS Puno
- ✓ Se aprobó el Plan de Autoevaluación de la PM Yunguyo, del Policlínico Ilave, de la PM Juli
- ✓ Se modificó a los miembros conformantes del Comité para Supervisión del Servicio de Hemodiálisis del H III Puno

V°B° V. REYNA Gerente ESSALUD

V°B° Ing. A. ROJAS ESSALUD

V°B° Econ. A. Verástegui SubGerente ESSALUD

Red Asistencial PUNO

En el mes de Diciembre

- ✓ Se conformó la Junta de Evaluación Médica para Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del H III Puno
- ✓ Se designó al Profesional Médico responsable de la Oficina de Gestión de la Incapacidad Temporal (OGIT) de la RAS Puno
- ✓ Se aprobó la Norma Técnica de la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios
- ✓ Se aprobó los Criterios de Admisión a la UCI de la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios
- ✓ Se aprobó el Manual de Derechos de la Asegurado de la Unidad de Cuidados Intensivos e intermedios
- ✓ Se aprobó la Guía de Atención de Enfermería de daños más Frecuentes de la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios
- ✓ Se aprobó el Manual de Bioseguridad - Medicina Transfusional y Banco de Sangre, del H III Puno
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Medica del H III Puno, de la RAS Puno
- ✓ Se aprobó el Manual de Procedimientos para el Departamento de Emergencia del H III Puno, de la RAS Puno
- ✓ Se aprobó el Plan Anual de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente de la RAS Puno
- ✓ Se designó a los coordinadores de apoyo para la Atención de Solicitudes de Acceso a la Información de RAS Puno
- ✓ Se modificó los miembros del Comité de Supervisión a Pacientes con Hipertensión Arterial de la RAS Puno
- ✓ Se conformó el Comité de Emergencia Frente al Fenómeno El Niño 2015 – 2016, del H III Puno
- ✓ Se reasignó el Sub Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo del H I Clínica Universitaria-UNA, de la RAS Piura.

Principales Gastos Logísticos (PAC – 2015)

Descripción (*)	Tipo de proceso	Valor estimado S/.
Adquisición de cabezal de cámara y video procesador para equipo de la torre parascopia para el H III Puno de la RAS Puno	ADS	65,150.00
Adquisición de medicamentos fuera de cartilla para la RAS Puno	ADS	93,600.00
Adquisición material médico de odontología periodo 2015 para la RAS Puno	ADS	93,305.00
Contratación de servicio de pasajes aéreos para pacientes referidos de la RAS Puno	ADP	240,510.46
Contratación de servicios de arrendamiento de inmueble para el funcionamiento del CAMEC de la RAS Puno	AMC	36,000.00
Contratación del servicio de alquiler de local para el H I de la RAS Puno	AMC	144,000.00
Contratación del servicio de control de calidad y certificación para tramite de licencia ante el IPEN de los equipos de rayos x de los cas de la RAS Puno	AMC	10,350.00
Contratación del servicio de instalación de equipos de calefacción eléctrica en el H III Puno de la RAS Puno	ADS	54,000.00
Contratación del servicio de mantenimiento de equipamiento electromecánicos térmico (12 meses) para la RAS Puno	AMC	452,358.00
Contratación del servicio de mantenimiento del Centro de Rehabilitación Física de la RAS Puno	ADS	67,100.00
Contratación del servicio de Módulos de Atención al Asegurado para la RAS Puno	AMC	426,147.77
Contratación del servicio de pasajes terrestres nacional para la RAS Puno	ADP	260,030.00
Contratación servicio de arrendamiento de local para el CAM de la RAS Puno	AMC	66,300.00
Contratación servicio mantenimiento de equipamiento biomédico (12 meses) para RAS Puno	CP	427,895.04
Servicio de alquiler de inmueble para el CAP Metropolitano de la RAS Puno	ADS	106,022.40
Servicio de fotocopiado para la oficina administrativa y CAS de la RAS Puno	ADS	66,334.80
Total		2'609,103.47

(*) Periodos de 12 meses

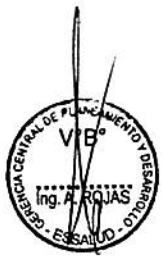
Principales Cursos Talleres llevados a cabo

1. Actualización en normas de control interno, dirigido a 50 Participantes (S/. 800)
2. Actualización en ley de contrataciones del estado OSCE, dirigido a 30 Participantes (S/. 900)
3. Bioseguridad, manejo de residuos sólidos hospitalarios y normas de prevención de infecciones intrahospitalaria, dirigido a 65 Participantes (S/. 3,700)
4. Acreditación hospitalaria y proyectos de mejora continua, dirigido a 60 Participantes (S/. 5,200)
5. Competencias en humanización en la atención de salud, dirigido a 63 Participantes (S/. 1,500)
6. Transporte del paciente crítico, obstétrica, neurológicas y cardiovascular, dirigido a 33 Participantes (S/. 4,600)
7. Ventilación mecánica, dirigido a 20 Participantes (S/. 4,700)
8. Emergencias obstétricas, dirigido a 31 Participantes (S/. 800)

Red Asistencial PUNO
9. Gestión pública en recursos humanos, dirigido a 33 Participantes (S/. 1,800) 10. Instalación y configuración de soporte de los sistemas de gestión hospitalaria de la red asistencial puno, dirigido a 20 Participantes (S/. 3,000)





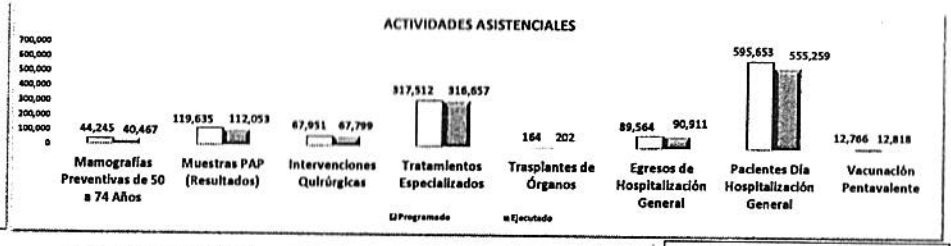


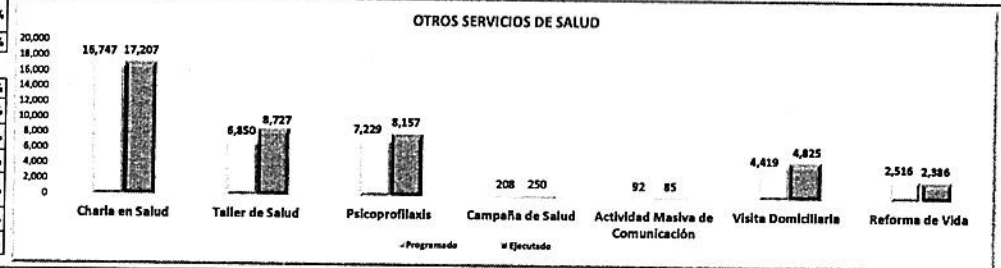
Evaluación del Plan Operativo Institucional 2015 - Desagregado
Red Asistencial REBAGLIATI

ACTIVIDADES OPERATIVAS - ASISTENCIALES

	PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD	UNIDAD DE MEDIDA	Al IV Trimestre		Cumplimiento %
			Programado	Ejecutado	
1	Consultas en el Primer Nivel	Consultas	1,849,601	1,892,503	102%
2	Consultas en el II y III Nivel	Consultas	1,705,544	1,748,307	103%
3	Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años	Mamografías preventivas con resultado	44,245	40,467	91%
4	Muestras PAP (Resultados)	Exámenes PAP con resultado	119,635	112,053	94%
5	Intervenciones Quirúrgicas	Intervenciones Quirúrgicas	67,951	67,799	100%
6	Tratamientos Especializados	Tratamientos Especializados	317,512	316,657	100%
7	Trasplantes de Órganos	Trasplantes	164	202	123%
8	Egresos de Hospitalización General	Egresos	89,564	90,911	102%
9	Pacientes Día Hospitalización General	Paciente día	595,653	555,259	93%
10	Vacunación Pentavalente	Vacunas (3ª dosis)	12,766	12,818	100%
11	Otros servicios de Salud				
11.1	Charla en Salud	Charlas	16,747	17,207	103%
11.2	Taller de Salud	Sesiones	6,850	8,727	127%
11.3	Psicoprofilaxis	Sesiones	7,229	8,157	113%
11.4	Campaña de Salud	Campañas	208	250	120%
11.5	Actividad Masiva de Comunicación	Eventos	92	85	92%
11.6	Visita Domiciliaria	Visitas	4,419	4,825	109%
11.7	Reforma de Vida	Sesiones	2,516	2,386	95%







Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel >= 100% son Consultas en el PN (102%), Consultas en el II y III Nivel (103%) Interv Qx (100%), Tratamientos Especializados (100%), Tx Órganos (123%), Egresos de Hospitalización Gral (102%) y Vacunación Pentavalentes (100%) Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel de avance por debajo del 95% son las referidas a Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años (91%) Muestras PAP (94%) y Pac Día Hospitalización Gral (93%)

De las 07 Actividades denominadas Otros Servicios de Salud, cinco (05) muestran un avance >=100% y una (01) se encuentran con un nivel de avance menor al 95% siendo estas: Actividad Masiva de Comunicación (92%).

INICIATIVA DE GESTIÓN — AVANCE POI - 2015 — BUENO

Actividades	Responsable	Fec. Ini. ReProg	Fec. Fin ReProg	Valor %	Valor ganado	Valor planeado	Indice Valor ganado	Hitos ejecutados: N° HITOS	SI (100%)	NO (0 %)	AVANCE	Cumplimiento %
(15)165.Fortalecer los procesos de garantía y mejora continua de la calidad en la RAS Rebagliati.	María Angela Cavero	30-mar	30-dic	100	100	100	1	3	3	0	0	100.00%
(15)166.Fortalecer la Vigilancia de la Salud Ocupacional del trabajador de los EESS en la RAS Rebagliati.	Luis Carrillo	30-mar	30-dic	100	80.5	100	0.805	6	3	0	3	50.00%
(15)167.Fortalecer la Vigilancia Ambiental de las Áreas Críticas Hospitalarias en la RAS Rebagliati.	Luis Carrillo	30-mar	30-dic	100	100	100	1	5	5	0	0	100.00%
(15)168.Optimizar la Gestión del Proceso de Estimación y Evaluación de los Bienes Estratégicos de la Red Asistencial Rebagliati.	Milton Ramírez	30-mar	30-dic	100	100	100	1	4	4	0	0	100.00%
(15)169.Implementar Acciones para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de las ITS-VIH/SIDA	Susana Casaperalta	01-mar	31-dic	100	100	100	1	8	8	0	0	100.00%
(15)170.Implementar Acciones para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en la RAS Rebagliati.	Susana Casaperalta	30-mar	31-dic	100	100	100	1	9	9	0	0	100.00%
(15)171.Fortalecer y articular los procesos estratégicos de soporte y asistenciales para la atención de urgencias y emergencias en la Red Funcional de Servicios de la RAS Rebagliati.	Silvia Santos	30-mar	30-dic	100	90	100	0.9	5	4	0	1	80.00%
(15)172.Fortalecer la Atención Primaria de Salud en la Red Asistencial Rebagliati.	Susana Casaperalta	01-feb	01-dic	100	30	100	0.3	2	0	0	2	0.00%
(15)173.Optimizar el presupuesto asignado como herramienta de Gestión en la Red Asistencial Rebagliati	Jose Coppelletti	30-mar	30-dic	100	100	100	1	3	3	0	0	100.00%
Iniciativa de Gestión		01-feb	31-dic	100	88.94	100.00	0.8894	45	39	0	6	86.67%

1)Buenas Practicas de atención en seguridad del paciente: Lista de Verificación, Cirugía Segura, Identificación Correcta de Pacientes, Rondas de Seguridad, Evento Adversos. En el HNERM: SOP Emergencia 48 - 38, Departamento de Emergencia Adulto, Neumología, Gastroenterología, Cirugía Cabeza Cuello, Notificación de Caídas, Psiquiatría. 2)Res.N° 382-GRAR-EsSalud-2015, Plan para la adopción e implementación de GPC basadas en evidencia y el Instructivo para la evaluación de la adherencia a las GPC y Guías de Procedimiento Asistencial para la RAS Rebagliati. 3)GPC: • Cá.Mama en la Mujer, Diagnóstico, Cirugía, Seguimiento.• Manejo del Shock Circulatorio.• Manejo de la Sepsis Grave y Shock Séptico.• Manejo Pancreatitis Severa.• Manejo de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal en Adultos. 4)Carta N° 914-OGCyCI-2015, Aplicación de Encuestas Satisfacción al Usuario Externo HNERM-CAS-2015: • RAS Rebagliati: Satisfacción 75%, • HNERM: Satisfacción 72%, • Red Desconcentrada: Satisfacción 76%.

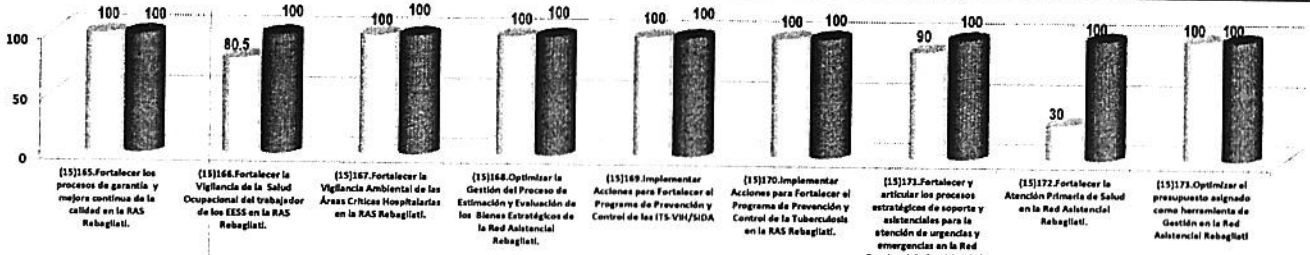
1)Res. N° 1160-GRAR-EsSalud-2015, aprobó "Política de Seguridad y Salud en el Trabajo de la RAS Rebagliati en merito a la Ley 29783 - Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo". 2)Verificación de Comités Instalados en Salud Ocupacional al100%. 3)Capacitación y Monitoreo a Comités Salud Ocupacional. 4)Curso de Inducción Básica en Salud Ocupacional a Residentes y Enfermeras nuevos HNERM, Jornada Técnica, Liderazgo Seguridad Efectiva.

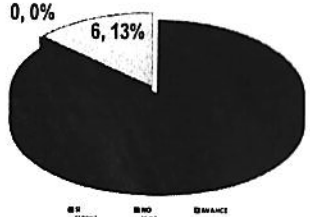
1)Manual Procedimientos Monitoreo y control Principales Factores Riesgos Hospitalarios. 2)Cursos: "Detección de Peligros, Evaluación de Riesgos Hospitalarios" y "Detección Precoz de Manejo de Enfermedades Infecciosas Musculoesqueléticas Relacionadas al Trabajador".3)Aplicación de la Autoevaluación factores de Riesgos Áreas Críticas, UCI y 2A neonatal de luz y ruido. 4)Evaluación de XILOL en la Clínica Chequeos Larco, Evaluación de Luminosidad y Ruidos en Sala Operaciones Pediátrico del HNERM. 5)Vigilancia Ambiental HNERM en Sala Operaciones Pediátrica.

1)Carta N° 834-OPO-OGyD-2015, monitoreo de Bienes Estratégicos próximos a vencer periodo set.15-feb16, rubro Laboratorio para HNERM. 2)Ejecución del Proceso de Redistribución de Bienes Estratégicos, se llevó a cabo mediante correo electrónico 09 noviembre 2015, donde se remite el listado de Medicamentos/Material Médico del almacén 799/701 para su redistribución nacional al mes noviembre 2015. 3)Carta 5236-GRAR-2015, estimación de necesidades 2016, Insumos-Productos de Uso Farmacéutico 2016, Suministro Local HNERM y los CAS de la RAS Rebagliati a CEABE. 4)Cartas N° 831-792-OPO-2015, se informó sobre la Estimación y de Cuadros Distribución de Bienes Estratégicos - 2016 del HNERM y CAS.

1)Designación del Coordinador de la Red y el Comité Técnico Asesor del Programa de ITS-VIH/SIDA. 2)Carta Circular N° 32-OCP-YAP-GRAR-2015, Carta Circular N° 03-GRDR-ESSALUD-2015, reuniones técnicas sobre el manejo integral de pacientes ITS-VIH/SIDA. 3)Carta N° 03-GRDR-ESSALUD-2015, ejecución de reunión técnica trimestrales para la evaluación de los indicadores operacionales y desempeño en ITS-VIH/SIDA. 4)Visitas al H III Angamos, Policlínico Próceres, para la mejora del Programa de ITS-VIH/SIDA. 4)Carta N° 10-GRDR-ESSALUD-2015, ejecución del Plan de Comunicacional por el Día Mundial de Lucha contra el SIDA. 5)Impresión de documentos técnicos, formatos y libros de registro y Material Educativo para todo el año, Carta N° 1052 OCPyAP-GRAR-ESSALUD-2015 (29-04-2015), Carta N° 1030-OCPyAP-GRAR-2015 (28-04-2015). 5)Carta N° 156-GRDR-ESSALUD-2015, requerimiento priorizado de contratación de RRHH para el Hospital Base y los CAS con mayor tasa de morbilidad de ITS-VIH/SIDA de acuerdo a marco normativo. 6)Ejecución actividades del Plan Operativo ITS-VIH/SIDA 2015.

1)Res. N° 504-GRAR-ESSALUD-2015, Coordinador de TB de la Red y el Comité Técnico Asesor. 2)Carta N° 86-GRDR-ESSALUD-2015, RRHH para el Hospital Base y los CAS con mayor tasas de morbilidad de TB de acuerdo a marco normativo. 3)Carta N° 2590-OCPyAP-GRAR-2015, reuniones técnicas, 4)Reuniones técnicas evaluaciones trimestrales: 18-05, 13-06, 20-06, 11-07, 18 y 19-08, 02 y 03-09 CAS RAR. 5)Supervisión Policlínico Santa Cruz (12-06), CAP III San Isidro (11-06), Policlínico J.J. Rodríguez (20-07), IPRESS Suiza Lab. (17-06), Policlínico Pablo Bermúdez (17-12). 6)Plan Comunicacional por el Día Mundial de la TB. 7)Propuesta para la ejecución acondicionamiento y/o mantenimiento de los ambientes de alto riesgo de transmisión de TB a nivel intrahospitalario al H I Uldarico Rocca (Carta N° 2764-OCP Y AP-GRAR-ESSALUD-2015) y al H III Angamos (Carta N° 211-DHIII-SA-RAR-ESSALUD-2015). 8) Propuesta del acondicionamiento y/o mantenimiento de los EESS del PNA Carta N° 1934-OCPyAP-GRAR-ESSALUD-2015, Carta N° 1935 OCPyAP-GRAR-ESSALUD-2015, Carta N° 1936-OCPyAP-GRAR-ESSALUD-2015. 9)Informe de actividades ejecutadas del Plan Operativo TB 2015.





Patron de Comportamiento de los Indicadores del POI - FONAFE de la Red Asistencial REBAGLIATI

1. Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva del I Nivel de Atención	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Ratio	1.23	1.08

Fuente: SIAG (exportado al 31-01-2016)

2. Diferimiento de Citas Consulta Externa pacientes referidos del I al III Nivel	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Días	15	15

Fuente: SIAG (exportado al 31-01-2016)

3. Promedio de Permanencia en Hospitalización General	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Días	8.47	8.47

Fuente: SIAG (exportado al 31-01-2016)

4. Porcentaje de Pacientes en Sala de Observación < = 24 Horas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Porcentaje (%)	75.00%	75.00%

Fuente: SIAG (exportado al 31-01-2016)

5. Tiempo de Espera de Intervención Quirúrgica	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Días	45	45

Fuente: SIAG (exportado al 31-01-2016)

6. Cobertura de Tamizaje de Cancer de Cuello Uterino	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Cobertura (%)	24.41%	22.92%

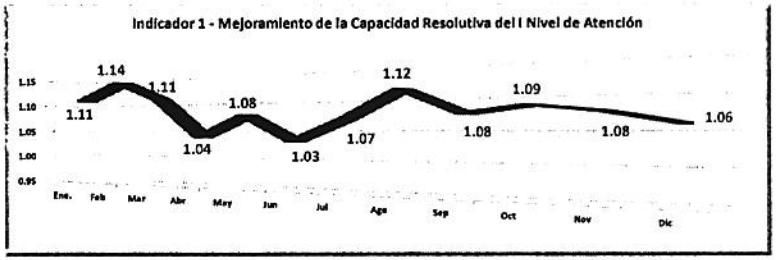
Fuente: SIAG (exportado al 31-01-2016)

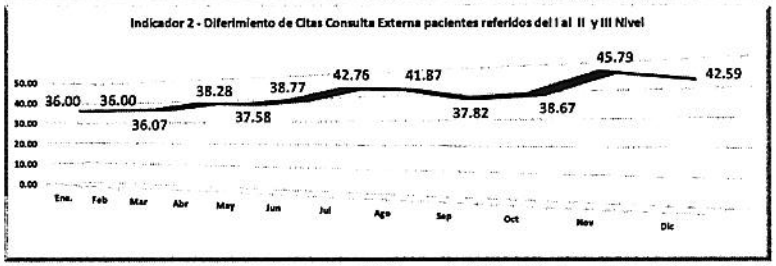
7. Cobertura de Tamizaje de Mamografías Preventivas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Cobertura (%)	19.79%	20.50%

Fuente: SIAG (exportado al 31-01-2016)

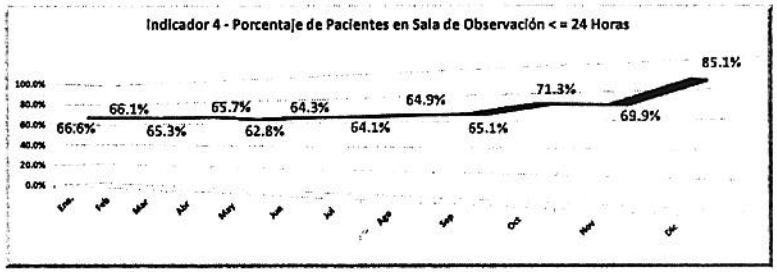
8. Cobertura de Vacunación Pentavalente (3era dosis)	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Cobertura (%)	80.00%	52.41%

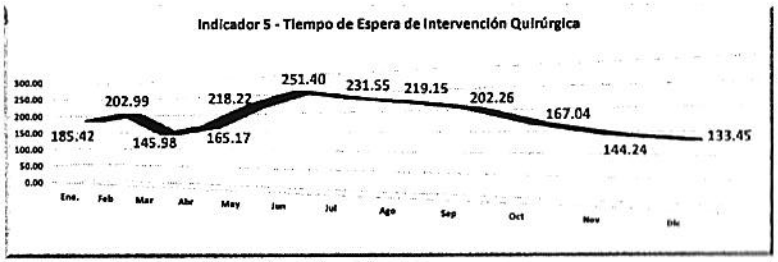
Fuente: SIAG (exportado al 31-01-2016)

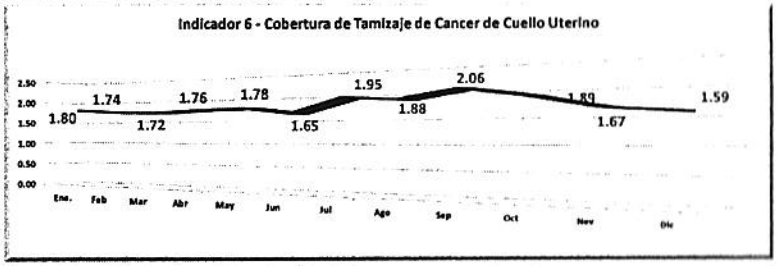


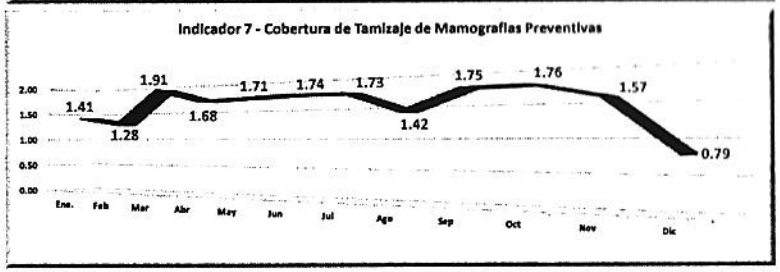


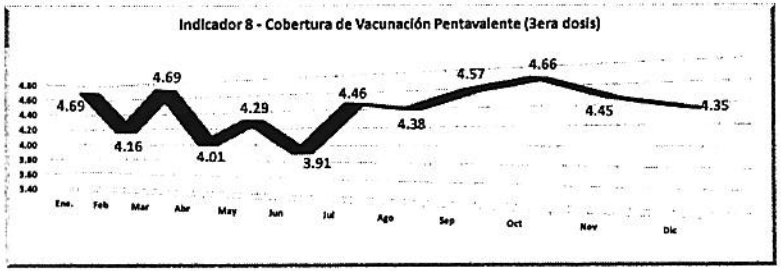












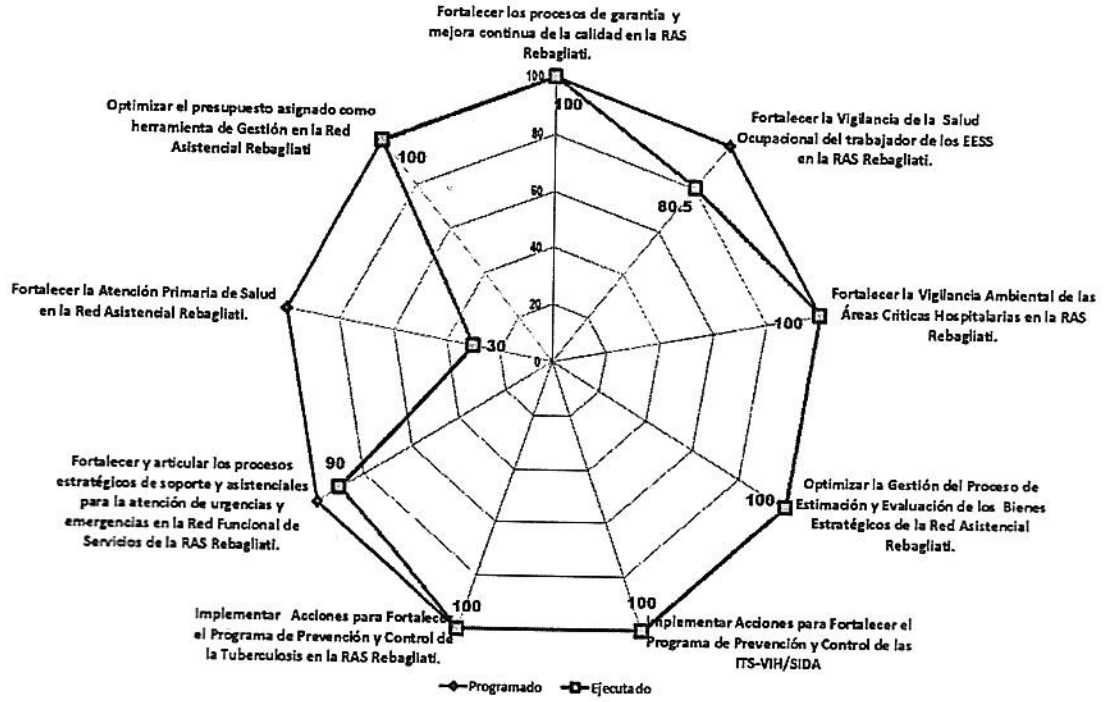
V°B° Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo - Mg. A. Rojas - ESSALUD

V°B° Gerencia de Planeamiento Corporativo GCPD - V. Reyna Golonto - ESSALUD

V°B° Sistema de Control y Evaluación de la Gestión GCPD - Econ. A. Verástegui SubGerente - ESSALUD

Red Asistencial REBAGLIATI

Actividades Desarrolladas para el cumplimiento de la Iniciativas de Gestión



Para: Fortalecer los procesos de garantía y mejora continua de la calidad en la RAS Rebagliati.

- ✓ Se ejecutaron Buenas Practicas de atención en seguridad del paciente en la RAS Rebagliati, manejando las Lista de Verificación, Cirugía Segura, Identificación Correcta de Pacientes, Rondas de Seguridad, Evento Adversos. En el HNERM: SOP Emergencia 4B - 3B, Departamento de Emergencia Adulto, Neumología, Gastroenterología, Cirugía Cabeza Cuello, Notificación de Caídas, Psiquiatría.
- ✓ Mediante Resolución N° 382-GRAR-EsSalud-2015, se aprobó el plan para la adopción e implementación de GPC basadas en evidencia y el instructivo para la evaluación de la adherencia a las GPC y Guías de Procedimiento Asistencial para la RAS Rebagliati
- ✓ Se aprobaron GPC en la Red Rebagliati:
  - Cáncer de Mama en la Mujer, Diagnóstico, Cirugía, Seguimiento,
  - Manejo del Shock Circulatorio
  - Manejo de la Sepsis Grave y Shock Séptico,
  - Manejo Pancreatitis Severa,
  - Manejo de la Enfermedad Infamatoria Intestinal en Adultos.
  - En proceso de aprobación: Lumbalgia, Odontología Leucemia, Aneurisma Intracraneal, Cirugía Epilepsia.
- ✓ Mediante Carta N° 914-OGCyCI-2015, se informó sobre la Aplicación de Encuestas Satisfacción al Usuario Externo HNERM-CAS-2015. Resultados obtenidos:
  - RAS Rebagliati: Satisfacción 75%,
  - HNERM: Satisfacción 72%.
  - Red Desconcentrada: Satisfacción 76%.

  Se midió el Clima Organizacional en Pablo Bermúdez y Emergencia Angamos (Carta 670-OGCCIOGYD-GRAR-2015)

Para: Fortalecer la Vigilancia de la Salud Ocupacional del trabajador de los EESS en la RAS Rebagliati.

- ✓ Mediante Resolución N° 1160-GRAR-EsSalud-2015, se aprobó la propuesta de la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo de la RAS Rebagliati en mérito a la Ley 29783 - Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo

Red Asistencial REBAGLIATI

- ✓ Verificación de Comités Instalados en Salud Ocupacional al100%.
- ✓ Avance del 80% Manual Vigilancia Médica Ocupacional, pendiente presentación y validación.
- ✓ Capacitación y Monitoreo a Comités Salud Ocupacional.
- ✓ Se ejecutó el Curso de Inducción Básica en Salud Ocupacional a Residentes y Enfermeras nuevos HNERM (julio-2015), Jornada Técnica (nov.-2015), Liderazgo Seguridad Efectiva.
- ✓ En proceso la elaboración Guía Práctica para Accidentes Trabajo con riesgo Biológico-Lumbalgias RAR.
- ✓ Se ejecutó el informe de monitoreo mensual de las actividades de Gestión.

Para: Fortalecer la Vigilancia Ambiental de las Áreas Críticas Hospitalarias en la RAS Rebagliati.

- ✓ Se elaboró el Manual Procedimientos Monitoreo y control Principales Factores Riesgos Hospitalarios.
- ✓ Se ejecutaron los Cursos Talleres: "Detección de Peligros, Evaluación de Riesgos Hospitalarios" y "Detección Precoz de Manejo de Enfermedades Infecciosas Musculoesqueléticas Relacionadas al Trabajador"
- ✓ Aplicación de la Autoevaluación factores de Riesgos Áreas Críticas, UCI y 2A neonatal de luz y ruido.
- ✓ Se ejecutó la evaluación de XILOL en la Clínica Chequeos Larco, Evaluación de Luminosidad y Ruidos en Sala Operaciones Pediátrico del HNERM.
- ✓ Vigilancia Ambiental HNERM en Sala Operaciones Pediátrica.

Para: Optimizar la Gestión del Proceso de Estimación y Evaluación de los Bienes Estratégicos de la Red Asistencial Rebagliati.

- ✓ Mediante Carta N° 834-OPO-OGyD-2015, se informó sobre el monitoreo de Bienes Estratégicos próximos a vencer periodo set.15-feb16, rubro Laboratorio para HNERM
- ✓ Para la ejecución del Proceso de Redistribución de Bienes Estratégicos, se llevó a cabo mediante correo electrónico 09 noviembre 2015, donde se remite el listado Medicamentos/Material Médico del almacén 799/701para su redistribución nacional al mes noviembre 2015.
- ✓ Mediante Carta 5236-GRAR-2015, se remite la estimación de necesidades 2016, Insumos-Productos de Uso Farmacéutico 2016, Suministro Local HNERM y los CAS de la RAS Rebagliati a CEABE
- ✓ Mediante Cartas N° 831-792-OPO-2015, de la Oficina de Adquisición de la Unidad de Almacén del HNERM, se informó sobre la Estimación y de Cuadros Distribución de Bienes Estratégicos - 2016 del HNERM y CAS

Para: Implementar Acciones para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de las ITS-VIH/SIDA

- ✓ Se designación al Coordinador de la Red y el Comité Técnico Asesor del Programa de ITS-VIH/SIDA.
- ✓ Mediante Carta Circular N° 32-OCP-YAP-GRAR-2015, Carta Circular N° 03-GRDR-ESSALUD-2015, se informó de las reuniones técnicas sobre el manejo integral de pacientes ITS-VIH/SIDA.
- ✓ Mediante Carta N° 03-GRDR-ESSALUD-2015, se informó sobre ejecución de reunión técnica trimestrales para la evaluación de los indicadores operacionales y desempeño en ITS-VIH/SIDA.
- ✓ Se realizaron visitas de supervisión (19-10-2015) al H III Angamos, Policlínico Próceres de la RAS Rebagliati, para la mejora del Programa de ITS-VIH/SIDA
- ✓ Mediante Carta N° 10-GRDR-ESSALUD-2015, se informó sobre la ejecución del Plan de Comunicacional por el Día Mundial de Lucha contra el SIDA.
- ✓ Se ejecutó la impresión de documentos técnicos, formatos y libros de registro y Material Educativo para todo el año, lo que se informa mediante Carta N° 1052 OCPyAP-GRAR-ESSALUD-2015 (29-04-2015), Carta N° 1030-OCPyAP-GRAR-2015 (28-04-2015).
- ✓ Mediante Carta N° 156-GRDR-ESSALUD-2015, se solicitó el requerimiento priorizado de contratación de Recursos Humanos para el Hospital Base y los CAS con mayor tasa de morbilidad de ITS-VIH/SIDA de acuerdo a marco normativo.
- ✓ El informe de ejecución actividades del Plan Operativo ITS-VIH/SIDA 2015, se remitió al correo institucional maria.romero@essalud.gob.pe, coordinadora de la GCPS.

Para: Implementar Acciones para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en la RAS Rebagliati.

- ✓ Mediante Resolución N° 504-GRAR-ESSALUD-2015, se designó al Coordinador de TB de la Red y el Comité Técnico Asesor.
- ✓ Mediante Carta N° 86-GRDR-ESSALUD-2015, sustento de contratación de Recursos Humanos para el Hospital Base y los CAS con mayor tasas de morbilidad de TB de acuerdo a marco normativo
- ✓ Mediante Carta N° 2590-OCPyAP-GRAR-2015, se informa sobre reuniones técnicas sobre mejorar la atención de pacientes con TB resistente en la RAS Rebagliati.
- ✓ Se ejecutaron las reuniones técnicas para evaluaciones trimestrales de indicadores Operacionales, Epidemiológicas y Desempeño de la Estrategia de TB, en las siguientes fechas:18 de mayo,13 de junio, 20 de

Red Asistencial REBAGLIATI

junio, 11 de julio, 18 y 19 de agosto, 02 y 03 septiembre CAS-RAR.

- ✓ Se ejecutó la supervisión a los CAS y los laboratorios donde realizan baciloscopias en la RAS Rebagliati: Policlínico Santa Cruz (12-06), CAP III San Isidro (11-06), Policlínico J.J. Rodríguez (20-07), IPRESS Suiza Lab. (17-08), Policlínico Pablo Bermúdez (17-12).
- ✓ Informe de la ejecución de Plan Comunicacional por el Día Mundial de la TB a través de correo electrónico (27-02- 2015).
- ✓ Propuesta para la ejecución acondicionamiento y/o mantenimiento de los ambientes de alto riesgo de transmisión de TB a nivel intrahospitalario al Hospital Uldarico Rocca (Carta N° 2764-OCP Y AP-GRAR-ESSALUD-2015) y al H III Angamos (Carta N° 211-DHIII-SA-RAR-ESSALUD-2015).
- ✓ La propuesta del acondicionamiento y/o mantenimiento de los Establecimientos del I nivel de atención (que no sea Proyecto de Inversión) que cuenten con informe de Evaluación de Riesgo de Transmisión de TB y Plan de Control de Infecciones TB realizado en el año 2014; se ejecutó con los siguientes documentos: Carta N° 1934-OCPyAP-GRAR-ESSALUD-2015, Carta N° 1935-OCPyAP-GRAR-ESSALUD-2015, Carta N° 1936-OCPyAP-GRAR-ESSALUD-2015.
- ✓ El informe de actividades ejecutadas del Plan Operativo TB 2015, se informó de actividades ejecutadas del Plan Operativo TB 2015 a mirtha.valladares@essalud.gob.pe, de fecha 15.06.2015 y 07.09.2015 (II trimestre y I semestre).

Para: Fortalecer y articular los procesos estratégicos de soporte y asistenciales para la atención de urgencias y emergencias en la Red Funcional de Servicios de la RAS Rebagliati.

- ✓ Cumplimiento de actualización de instrumento de Urgencias/Emergencias en Policlínico Próceres que cuenta con tópico de urgencias.
- ✓ Mediante Resolución N° 601-PE-ESSALUD-2015, se creó la Red Desconcentrada Rebagliati, otorga funcionalmente dichas acciones Red Desconcentrada, como, Evaluación del Aplicativo de los Servicios de Urgencia y Emergencia de los CAS.
- ✓ Se supervisó los Servicio de Emergencia Adulto del HNERM, cuenta con personal médico para altas/transferencia, cuenta con personal Soporte Hospitalario de Medicina Paliativa. Apoyo personal Médico de la GOF para atención a paciente prioridad IV. Mejorar oferta RRHH 03 médicos
- ✓ Mediante Carta N°1634-GRAR-ESSALUD-2015, a la GCGP, se ejecutó el proceso de Requerimiento de RRHH Asistencial y Administrativo para la nueva Emergencia HNERM.
- ✓ Mediante Resolución N° 241-GRAR-EsSalud-2015, se modificó la Resolución N° 99-GRAR-EsSalud-2015, que reconformó a los integrantes de la Comisión para Nueva Emergencia del HNERM.

Para: Fortalecer la Atención Primaria de Salud en la Red Asistencial Rebagliati.

- ✓ Mediante Resolución N° 601-PE-ESSALUD-2015, aprobó el ROF de Gerencia de Red Desconcentrada, creación de nueva estructura, por lo cual no concretizó las Micro redes Funcionales.

Para: Optimizar el presupuesto asignado como herramienta de Gestión en la Red Asistencial Rebagliati

- ✓ Se ejecutó la identificación de 05 actividades asistenciales por la mayor producción en el HNERM, entre los que están: Análisis bioquímicos, Análisis hematología, Análisis inmunología, paciente día hospitalización, consulta médica integral. CAS: consulta médica integral, Análisis bioquímicos, Análisis hematología, Análisis microbiológico y otros
- ✓ Se ejecutó capacitación: Sistema de Costos Hospitalarias para 16 CAS, ingreso información SISCO, asignación centro costos, se entregó manual SISCO. Se realizó análisis de producción por actividades, por facturación de costos (personal, bienes y servicios).
- ✓ Se ejecutó el informe trimestral de cierre de ejercicio con los avances de Centros Asistenciales en elaboración de costos de actividades asistenciales.

Gestión de la RAS

En el mes de Enero

- ✓ Se conformó el Comité de Tecnovigilancia de la RAS Rebagliati
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Medica en los Establecimiento de Salud que forman parte de la RAS Rebagliati - 2015

En el mes de Febrero

- ✓ Se conformó la Comisión para desarrollar el Plan de Organización Funcional del Centro de Emergencia de Lima Metropolitana del HNERM de la RAS Rebagliati

Red Asistencial REBAGLIATI

- ✓ Se aprobó el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente 2015 para la RAS Rebagliati
- ✓ Se conformó el Equipo Técnico de Apoyo para la Atención Integral del Cáncer en el HNERM
- ✓ Se aprobó el Flujograma para la Atención del Libro de Reclamaciones en el Servicio de Emergencia Adultos del HNERM
- ✓ Se conformó el Comité Técnico Operativo para la Implementación y Funcionamiento del Servicio de Lactario Institucional
- ✓ Se creó las nuevas Unidades de Medicina Complementaria de la RAS Rebagliati

En el mes de Marzo

- ✓ Se conformó el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente de la RAS Rebagliati
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Medica de la RAS Rebagliati - 2015

En el mes de Abril

- ✓ Se conformó la Comisión Medica Evaluadora y Calificadora de Incapacidad del Decreto Ley 19990 - RAS Rebagliati

En el mes de Mayo

- ✓ Se aprobó el Plan para la Adopción e Implementación de GPC Basadas en Evidencia y el Instructivo para la Evaluación de la Adherencia a las GPC y Guías de Procedimiento Asistencial para la RAS Rebagliati
- ✓ Se conformó la Comisión encargada de Elaborar la Propuesta del Modelo Organizado del H III-2 Edgardo Rebagliati Martins
- ✓ Se conformó la Comisión encargada de Elaborar la Propuesta del Diseño de Reubicación y Distribución de los Ambientes para el Funcionamiento de la Emergencia Obstétrica y el Rediseño de los Procesos de Atención y la Concordancia entre ellos

En el mes de Junio

- ✓ Se conformó el Comité Técnico de Acuerdos y Compromisos de Gestión a nivel de la RAS Rebagliati
- ✓ Se aprobó el Manual de Bioseguridad del HNERM

En el mes de Julio

- ✓ Se conformó la Comisión Técnica encargada de Diseñar e Implementar la Mejora de Procesos del Centro Obstétrico y de la Emergencia Obstétrica del HNERM

En el mes de Agosto

- ✓ Se aprobó el Comité de Plan Director de Inversiones de la RAS Rebagliati
- ✓ Se aprobó y autorizó la Ejecución del Proyecto de Investigación: Lactancia Materna y su Relación con la Leucemia Linfoblastica Aguda en Niños Menores de 7 años del HNERM 2015
- ✓ Se aprobó y autorizó la Ejecución del Proyecto de Investigación: De la Seguridad y Tolerancia del Producto A4+ en Voluntarios Sanos 2015-Peru Fase I
- ✓ Se aprobó y autorizó la Ejecución del Proyecto de Investigación: Protocolo N° AI1658-Estudio de Fase 2b Randomizado con Control Activo en Etapas de Diseño Abierto para Investigar la Seguridad y Eficacia de BMS-95176
- ✓ Se aprobó y autorizó la Ejecución del Proyecto de Investigación: Efectividad de Dexametasona Intravenosa Preoperatoria en el Control del Dolor Postoperativo en Colecistectomias Laparoscopicas del HNERM Eficacia y Seguridad de la Anestesia Raquídea

En el mes de Setiembre

- ✓ Se conformó el Comité Local de Control de Infecciones Intrahospitalarias HNERM
- ✓ Se creó la Unidad Funcional de Procura Intrahospitalaria, dependiente de la Gerencia Clínica de la RAS Rebagliati
- ✓ Se conformó el Comité Evaluador del Programa Personas que Dejen Huellas en la RAS Rebagliati

En el mes de Octubre

- ✓ Se actualizó el Comité Evaluador Permanente del Servicio Tercerizado de Resonancia Magnética para los Pacientes del HNERM
- ✓ Se aprobó y autorizó la Ejecución del Proyecto de Investigación: Característica Epidemiológicas del Paciente Quirúrgico Neonatal en el HNERM periodo 2013-2015
- ✓ Se aprobó y autorizó la Ejecución del Proyecto de Investigación: Riesgo de Enfermedades Infecciosas Trasmitidas por Trasfusión - HNERM
- ✓ Se aprobó y autorizó la Ejecución del Proyecto de Investigación: Factores de Pronostico Relacionados con la Sobrevivencia en Pacientes con Gliomas Hemisféricos - HNERM

En el mes de Noviembre

- ✓ Se aprobó la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo de la RAS Rebagliati en merito a la Ley N° 29783 - Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Se constituyó la Comisión Medica Calificadora de la Incapacidad - COMECI de la Ley N° 27023 del HNERM - 2015 - 2018

Gerencia de Planeamiento Corporativo-GCPD V°B° V. REYNA Gerente - ESSALUD -

GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y DESARROLLO V°B° Ing. A. ROJAS - ESSALUD -

SG-CONTROL Y EVALUACION DE LA GESTION-GPC-GCPD V°B° Econ. A. Verástegui Sub Gerente - ESSALUD -

Red Asistencial REBAGLIATI

- ✓ Se aprobó la GPC para el Manejo de la Enfermedad Inflatoria Intestinal en Adultos - HNERM
- ✓ Se aprobó y autorizó la Ejecución del Proyecto de Investigación: Prevalencia de Nefropatía Diabética y Factores Asociados en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

En el mes de Diciembre

- ✓ Se aprobó el Proyecto de Investigación denominado: "Análisis Situacional y Evaluación de Necesidades de los Comité de Ética en Investigación de EsSalud"
- ✓ Se aprobó el Proyecto de Investigación denominado: "Factores Asociados al Tiempo de Diagnóstico de Cáncer Infantil en Perú"
- ✓ Se aprobó las GPC: para el Manejo del Shock Circulatorio, para Manejo de la Sepsis Grave y Shock Séptico, para el Manejo de Pancreatitis Severa, "Cáncer de Mama en la Mujer Diagnóstico, Cirugía y Seguimiento".
- ✓ Se aprobó el Proyecto de Investigación denominado: "Ensayo Clínico Protocolo AI438011".
- ✓ Se aprobó el Proyecto de Investigación denominado: "Protocolo MK-0518 PN292"
- ✓ Se reconformó el Grupo de Trabajo para la Aplicación del Plan de Contingencia y Respuesta ante el Evento Fenómeno El Niño - 2015-2016 del HNERM
- ✓ Se conformó el Comité de Gestión y Manejo de Residuos Sólidos del HNERM
- ✓ Se aprobó el Proyecto de Investigación denominado: "Estudio Clínico Protocolo CAIN457F2305E1 - Novartis Biosciences Perú"
- ✓ Se aprobó el Proyecto de Investigación denominado: "Protocolo ACT-293887 - AC-065A303"
- ✓ Se aprobó el Proyecto de Investigación denominado: "Mejora de Indicadores Reforma de Vida"
- ✓ Se aprobó el Pan de Trabajo para la Implementación del Sistema de Control Interno en el HNERM
- ✓ Se aprobó el Proyecto de Investigación denominado: "Neoplasia Intraepitelial Cervical".
- ✓ Se creó la Unidad Funcional de Tumores Musculo Esquelético del Departamento de ortopedia y Traumatología - Gerencia Quirúrgica del HNERM.

Principales Gastos Logísticos (PAC – 2015)

Descripción (*)	Tipo de proceso	Valor estimado S/.
Adquisición de alimentos frescos para personas	LP	1,349,758.84
Adquisición de cono para CEC filtro arterial set de tubuladura set de accesorios para tubuladura	LP	770,280.00
Adquisición de equipos biomédicos por reposición ecocardiógrafo + tee avanzado	LP	765,820.00
Adquisición de material de laboratorio productos generales	LP	968,090.40
Adquisición de material médico de uso general	LP	2,846,548.09
Adquisición de material médico odontológico para el cas- RAS Rebagliati	AMC	1,137,266.56
Adquisición de material médico para el departamento de cuidados intensivos del HNERM de la RAS Rebagliati	LP	1,077,179.00
Adquisición de material médico para el departamento de neurocirugía - del HNERM de la RAS Rebagliati	AMC	2,729,374.88
Adquisición de material médico para el departamento de ortopedia y traumatología	LP	1,065,820.97
Adquisición de material médico para el servicio de cardiología intervencionista del HNERM de la RAS Rebagliati prótesis intracoronaria.	LP	2,920,500.00
Adquisición de material médico para el servicio de cirugía maxilo facial del HNERM de la RAS Rebagliati	ADS	988,637.02
Adquisición de material médico para el servicio de endoscopia: varios 2	LP	1,829,636.00
Adquisición de material médico para el servicio de oftalmología: aceite de silicona, cauterio para cirugía ocular, intubador lagrimal, perflurocarbono líquido, sutura nylon, vía de infusión, lente plegable, cuchillete para faco, etc	LP	2,975,995.20
Adquisición de medicamento fuera de petitorio : factor vii o eptacog alfa (activado) 2.0mg mg/vial + diluyente- pcte : yupanqui zamora, castro abad	LP	1,119,500.00
Adquisición de medicamentos del HNERM de la RAS Rebagliati agalsidasa	LP	2,114,082.72
Adquisición de medicamentos del HNERM de la RAS Rebagliati caspofungina 50mg	LP	2,292,074.40
Adquisición de medicamentos del HNERM de la RAS Rebagliati complejo coagulante antiinhibidor de factor viii	LP	10,080,000.00
Adquisición de medicamentos del HNERM de la RAS Rebagliati dasatinib 50mg dasatinib 70mg	AMC	2,332,216.80
Adquisición de medicamentos del HNERM de la RAS Rebagliati imiglucerasa	LP	9,059,338.08
Adquisición de medicamentos fuera de petitorio del HNERM de la RAS Rebagliati	AMC	989,415.18
Adquisición de reactivos de laboratorio biología molecular infecciosa	LP	1,045,000.00
Adquisición de reactivos de laboratorio HLA molecular	LP	2,667,668.00
Adquisición de reactivos de laboratorio hormonas	LP	2,128,700.00
Adquisición de reactivos de laboratorio identificación	LP	1,142,300.00
Adquisición de reactivos de laboratorio kit completo para aféresis	LP	2,368,200.00
Adquisición de repuestos para máquinas de hemodiálisis	LP	898,330.91

Red Asistencial REBAGLIATI

Adquisición de soluciones y materiales para diálisis peritoneal - sistema automatizado - 5 litros - sistema andy disc - pacientes continuadores	LP	1,348,321.10
Adquisición de viveres del HNERM de la RAS Rebagliati	AMC	2,785,517.52
Adquisición por reposición de microscopio quirúrgico - neurocirugía para el servicio de cirugía especialidades pediátricas del HNERM de la RAS Rebagliati	LP	1,398,548.00
Contratación del servicio de alimentación y nutrición RAS Rebagliati 12 meses	AMC	3,826,236.00
Contratación del servicio de apoyo al asegurado en los módulos de atención al asegurado - del HNERM de la RAS Rebagliati	AMC	2,476,454.94
Contratación del servicio de exámenes de tomografía para el H III Suarez Angamos RAS Rebagliati	CP	1,411,680.00
Contratación del servicio de lavado de ropa hospitalaria del HNERM de la RAS Rebagliati	CP	11,271,600.00
Disposición final de residuos sólidos hospitalarios del HNERM de la RAS Rebagliati	CP	1,458,000.00
Mantenimiento acelerador lineal elekta synergy	AMC	1,889,838.00
Mantenimiento acelerador lineal marca: elekta / modelo: precise	CP	1,824,738.00
Oxigeno medicinal liquido del HNERM de la RAS Rebagliati	ADP	756,000.00
Petróleo residual n 6 del HNERM de la RAS Rebagliati	LP	5,410,280.00
Repuestos para angiografo universal	LP	907,000.00
Repuestos para canas para colonoscopio	LP	847,050.00
Requerimiento de material médico para el servicio de traumatología osteosíntesis placas tornillos de bloqueo prótesis de cadera refuerzo acetabular	AMC	754,939.14
Contratación de reparación de integral de los 02 ascensores otis del block G del HNERM de la RAS Rebagliati	ADP	290,000.00
Contratación del servicio de ascensoristas del HNERM de la RAS Rebagliati	AMC	720,000.00
Contratación del servicio de mantenimiento de los equipos e instalaciones para oxígeno, vacío y aire comprimido del HNERM de la RAS Rebagliati	AMC	259,520.49
Contratación del servicio de médicos auditores de planta y concurrente en facturación, emergencia adultos, pediatría, gineco -obstetricia y salud mental	AMC	486,012.00
Contratación del servicio de resonancia magnética - del HNERM de la RAS Rebagliati	AMC	432,408.00
Contratación del servicio de transporte de muestras de esputo de los cas de la RAS Rebagliati	ADS	212,434.00
Contratación para el servicio de exámenes resonancia magnética nuclear de rodilla para el H III Angamos - de la RAS Rebagliati	ADP	280,800.00
Disposición final de residuos sólidos hospitalarios RAS Rebagliati	CP	531,379.20
Formulación de proyectos de infraestructura y arquitectura RAS Rebagliati	CP	725,440.00
Mantenimiento del angiografo cardiovascular toshiba del HNERM de la RAS Rebagliati	CP	418,008.00
Mantenimiento del tomógrafo en espiral de 06 cortes siemens del HNERM de la RAS Rebagliati 12 meses	CP	631,972.60
Médicos auditores 04 para la oficina de canje CITT OGIT	ADP	295,440.00
Resonancia magnética	AMC	399,935.00
Servicio de operación de centrales telefónicas de la RAS Rebagliati	AMC	315,895.00
Total		104'027,180.04

(*) Periodos de 12 meses

Principales Cursos Talleres llevados a cabo

1. Actualización en microbiología y motivación laboral, dirigido a 57 Participantes (S/. 4,000)
2. Bioseguridad en laboratorio clínico, dirigido a 51 Participantes (S/. 8,000)
3. Adecuado enfoque del paciente adulto mayor y pluripatológico hospitalizado, dirigido a 120 Participantes (S/. 1,000)
4. Enfoque integral del paciente con enfermedad terminal avanzada y al final de la vida, dirigido a 160 Participantes (S/. 1,000)
5. II Encuentro nacional de hospitalización parcial: psicoterapias y psicofarmacología, dirigido a 130 Participantes (S/. 9,000)
6. Reanimación cardio-pulmonar neonatal, dirigido a 115 Participantes (S/. 2,500)
7. Actualización en la atención inmediata del recién nacido de alto riesgo, dirigido a 135 Participantes (S/. 2,500)
8. Estabilización y transporte del neonato de alto riesgo, dirigido a 105 Participantes (S/. 7,500)
9. II curso taller de atención integral del /la adolescente en la RAR, dirigido a 120 Participantes (S/. 3,500)
10. Lactancia materna, dirigido a 250 Participantes (S/. 5,200)
11. Acreditación de hospitales amigos de la madre, la niña y el niño, dirigido a 200 Participantes (S/. 1,500)
12. Gestión de riesgo para la seguridad del paciente, para disminuir los eventos adversos e incidentes, dirigido a 180 Participantes (S/. 2,000)
13. Adaptación y validación de las guías de prácticas clínicas, dirigido a 195 Participantes (S/. 2,000)
14. Auditoria medica en salud, dirigido a 180 Participantes (S/. 2,000)

Red Asistencial REBAGLIATI

15. Curso Internacional de avances en urología, dirigido a 200 Participantes (S/. 10,000)
16. Manejo del politraumatizado - advanced trauma life support, dirigido a 50 Participantes (S/. 19,000)
17. Taller Clima Organizacional II, dirigido a 61 Participantes (S/. 600)
18. III Taller de Salud de Adolescente, dirigido a 350 Participantes (S/. 5,000)
19. Curso de Procedimientos Médicos y Enfermería en área critica pediátrica, dirigido a 250 Participantes (S/. 3,000)
20. IV Curso de Manejo del Paciente en Cuidados Intermedios RAR, dirigido a 150 Participantes (S/. 3,000)
21. Curso Equipos de respuesta rápida: UCI itinerante, dirigido a 104 Participantes (S/. 4,500)
22. Insuficiencia respiratoria, oxigenoterapia y soporte ventilatorio en pacientes críticos HNERM y RAR, dirigido a 125 Participantes (S/. 3,000)
23. Taller síndrome de shock y monitoreo hemodinámico - HNERM y RAR, dirigido a 125 Participantes (S/. 3,000)
24. Procesos de desinfección y esterilización de alto nivel para accesorios de los ventiladores mecánicos y de los equipos de terapia, dirigido a 60 Participantes (S/. 2,500)
25. Taller vía aérea difícil. propuesta de coche de intubación de vía aérea difícil, dirigido a 60 Participantes (S/. 3,500)
26. Trato al usuario, sensibilización humana, dirigido a 100 Participantes (S/. 5,000)
27. Implementación de la cartera de servicios de salud complejidad creciente, dirigido a 50 Participantes (S/. 2,500)
28. Motivación de trabajo en equipo, dirigido a 50 Participantes (S/. 5000)
29. Curso Medidas de Aislamiento Hospitalario (dirigido a personal asistencial) , dirigido a 360 Participantes (S/. 3,500)
30. Detección precoz y manejo clínico de enfermedades infecciosas y osteomusculares, dirigido a 60 Participantes (S/. 2,000)
31. Calidad en la atención del asegurado y resolución de conflicto, dirigido a 100 Participantes (S/. 3,600)
32. Gestión de calidad y capacitación de carteras por grupos etéreos, dirigido a 78 Participantes (S/. 2,000)
33. Relaciones interpersonales y manejo del stress, dirigido a 65 Participantes (S/. 1,500)
34. Cuidado de Enfermería al Paciente Quirúrgico - Prevención y Manejo de Eventos Adversos, dirigido a 150 Participantes (S/. 3000)
35. Avances en el Cuidado de Enfermería al Paciente Pediátrico, dirigido a 150 Participantes (S/. 3,000)
36. Avances en el cuidado de Enfermería al RN de Alto Riesgo, dirigido a 150 Participantes (S/. 3,000)
37. Actualización de las Competencias del Técnico de Enfermería en Urgencias y Emergencias, dirigido a 150 Participantes (S/. 3,000)
38. Auditoria en salud, dirigido a 100 Participantes (S/. 5,000)
39. Modelamiento de procesos del Servicio de Nutrición, dirigido a 60 Participantes (S/. 10,000)
40. Nutrición Neonatal, dirigido a 60 Participantes (S/. 8,000)
41. I Curso Nacional Latinoamericano de Psicología Clínica y de la salud de la Seguridad Social - Organiza el Servicio, dirigido a 65 Participantes (S/. 12,000)
42. Curso Internacional 2015: Actualización en el Manejo de las Enfermedades Respiratorias, dirigido a 163 Participantes (S/. 15,000)
43. Emergencias oncológicas, dirigido a 130 Participantes (S/. 3,000)
44. Teleeducación, capacitación virtual, dirigido a 140 Participantes (S/. 6,000)
45. Programa de inducción médicos residentes RAR ingresantes julio 2015, dirigido a 250 Participantes (S/. 5,000)
46. Programa de inducción de internado de medicina RAR - ingresantes 2016, dirigido a 100 Participantes (S/. 4,000)
47. Proyectos de Mejora de Calidad, dirigido a 60 Participantes (S/. 1,200)
48. Buen trato, calidez y calidad en la atención, dirigido a 592 Participantes (S/. 4,000)
49. Calidad y seguridad al paciente, dirigido a 60 Participantes (S/. 600)
50. Jornada técnica de actualización en Seguridad y Salud en el Trabajo: Identificación de peligros y evaluación de riesgo hospitalario, dirigido a 340 Participantes (S/. 3,000)
51. Curso Teórico Practico de ECMO (ExtraCorporeal Membrane Oxygenation) en Pediatría en el HNERM, dirigido a 250 Participantes (S/. 9,000)
52. Programa de inducción en prácticas pre profesionales - ingresantes 2016, dirigido a 130 Participantes (S/. 3,000)
53. Herramientas metodológicas en la Investigación Publicaciones científica, dirigido a 185 Participantes (S/. 10,000)
54. Clave Roja - Clave Azul, dirigido a 180 Participantes (S/. 35,000)

V°B° Ing. A. ROJAS

V°B° V. REYNA Gerente

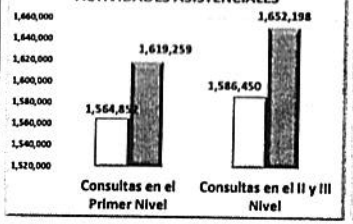
V°B° Econ. A. Veristegui SubGerente

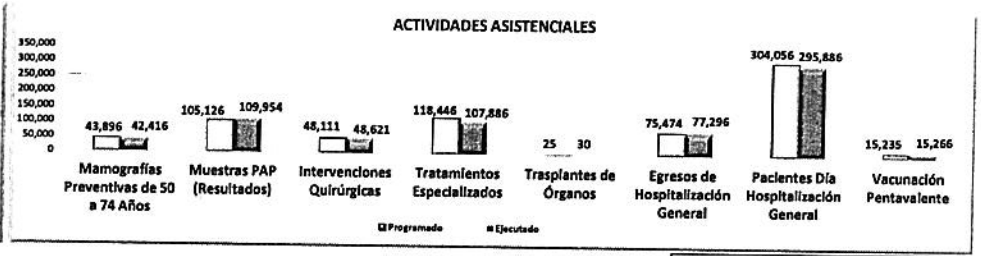
Evaluación del Plan Operativo Institucional 2015 - Desagregado

Red Asistencial SABOGAL

ACTIVIDADES OPERATIVAS - ASISTENCIALES

	PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD	UNIDAD DE MEDIDA	Al IV Trimestre		Cumplimiento %
			Programado	Ejecutado	
1	Consultas en el Primer Nivel	Consultas	1,564,852	1,619,259	103%
2	Consultas en el II y III Nivel	Consultas	1,586,450	1,652,198	104%
3	Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años	Mamografías preventivas con resultado	43,896	42,416	97%
4	Muestras PAP (Resultados)	Exámenes PAP con resultado	105,126	109,954	105%
5	Intervenciones Quirúrgicas	Intervenciones Quirúrgicas	48,111	48,621	101%
6	Tratamientos Especializados	Tratamientos Especializados	118,446	107,886	91%
7	Trasplantes de Órganos	Trasplantes	25	30	120%
8	Egresos de Hospitalización General	Egresos	75,474	77,296	102%
9	Pacientes Día Hospitalización General	Paciente día	304,056	295,886	97%
10	Vacunación Pentavalente	Vacunas (3° dosis)	15,235	15,266	100%
11	Otros servicios de Salud				
11.1	Charla en Salud	Charlas	8,661	9,299	107%
11.2	Taller de Salud	Sesiones	5,021	5,289	105%
11.3	Psicoprofilaxis	Sesiones	7,512	7,513	100%
11.4	Campaña de Salud	Campañas	174	196	113%
11.5	Actividad Masiva de Comunicación	Eventos	181	161	89%
11.6	Visita Domiciliaria	Visitas	4,053	3,973	98%
11.7	Reforma de Vida	Sesiones	1,726	1,787	104%







Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel >= 100% son: Consultas en el PN (103%), Consultas en el II y III Nivel (104%), Muestras PAP (105%), Interv Qx. (101%), Tx. Órganos (120%), Egresos de Hospitalización Gral (102%) y Vacunación Pentavalente (100%). Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel de avance por debajo del 95% son las referidas a Tratamientos Especializados (91%)

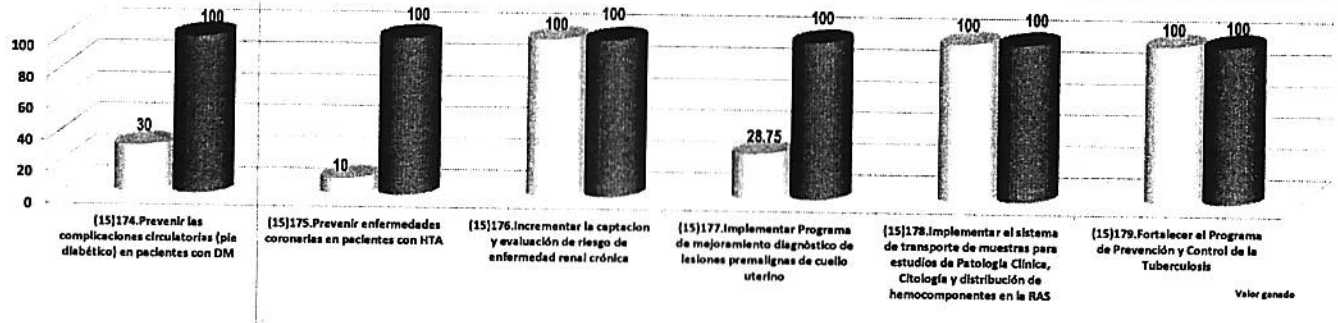
De las 07 Actividades denominadas Otros Servicios de Salud, cinco (05) muestran un avance >=100% y una (01) se encuentran con un nivel de avance menor al 95% siendo esta: Actividad Masiva de Comunicación (89%).

INICIATIVA DE GESTIÓN	AVANCE POI - 2015				REGULAR			Hitos ejecutados				
Actividades	Responsable	Fec. Ini. ReProg	Fec. Fin ReProg	Valor %	Valor ganado	Valor planeado	Indice Plazo actual	N° HITOS	SI (100%)	NO (0 %)	AVANCE	
(15)174.Prevenir las complicaciones circulatorias (pie diabético) en pacientes con DM	Helga Solis	30-mar	31-dic	100	30	100	0.3	5	3	2	0	60.00%
(15)175.Prevenir enfermedades coronarias en pacientes con HTA	Helga Solis	30-mar	31-dic	100	10	100	0.1	5	1	4	0	20.00%
(15)176.Incrementar la captacion y evaluación de riesgo de enfermedad renal crónica	Luis Rivera	30-mar	30-dic	100	100	100	1	5	5	0	0	100.00%
(15)177.Implementar Programa de mejoramiento diagnóstico de lesiones premalignas de cuello uterino	Percy Pantoja	30-mar	31-dic	100	28.75	100	0.2875	6	2	2	2	33.33%
(15)178.Implementar el sistema de transporte de muestras para estudios de Patología Clínica, Citología y distribución de hemocomponentes en la RAS	Ysabel Negreiros	30-mar	31-dic	100	100	100	1	4	4	0	0	100.00%
(15)179.Fortalecer el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis	Horacio Soria	15-may	31-dic	100	100	100	1	4	4	0	0	100.00%
Iniciativa de Gestión		30-mar	31-dic	100	61.46	100.00	0.6146	29	19	8	2	65.52%

1) Plan de trabajo elaborado complicaciones circulatorias (pie diabético) en pacientes con DM. 2)Carta N° 241 OGYCI-OGYD-G-RAS-ESSALUD-2015, se informa sobre la validación y aprobación de la GPC de para Diagnóstico y Tratamiento del Pie Diabético en el PNA (Resolución N° 1678-G-RAS- ESSALUD-2015 - Carta N° 2236-GC-HNASS.G-RAS-ESSALUD-2015). 3)Plan de Trabajo, para Prevenir enfermedades coronarias en pacientes con HTA (Carta N° 1363-GC-HNASS-G-RAS-ESSALUD-2015, del 01/09/2015. Carta N° 48-JSC-DM-GC-RG-RAS-ESSALUD-2015

1)Plan de Trabajo Incrementar la captación y evaluación de riesgo de enfermedad renal crónica, Carta 1164-OCP-G-RAS-ESSALUD-2015 (11/08/2015). 2)Carta N° 1443-OCP-G-RAS-ESSALUD-2015, del 29-09-2015, Asistencia técnica al personal asistencial de los EESS seleccionados, identificación de paciente ERC. Con Carta N° 001-COOR.ECNT-RAS-ESSALUD-2015, amplia informe (Proveído N° 2175, del 14/10/2015). 3)Carta N° 003-COOR-ECNT-RDS-ESSALUD-2015, Informe Operacional, aplicación de score y test lista de paciente Octubre y Carta N° 274-GRDS-ESSALUD-2015, Informe a Gerencia. 4)Carta N° 003-COOR-ECNT-RDS-ESSALUD-2015, ingreso de pacientes al programa de reforma de vida. Con Carta N° 274-GRDS-ESSALUD-2015, informe operacional de los EESS. 5)Carta N° 003-COOR-ECNT-RDS-ESSALUD-2015, monitoreo y supervisión en los meses de Octubre y noviembre – 2015, así como por Carta N° 274-GRDS-ESSALUD-2015, Supervisión de la captación de pacientes en riesgo de enfermedad renal crónica.

1)Carta N° 980-GQX-HNASS-G-RAS-ESSALUD-2015, Plan de Trabajo para: Implementar Programa de mejoramiento diagnóstico de lesiones premalignas de cuello uterino. 2)Carta N° 1188-GQX-HNASS-G-RAS-ESSALUD-2015, GPC para revisión, con Carta N° 236 OGCyCI-OGyD-G-RAS-ESSALUD-2015, las guía revisada, con Carta N 1543-GQX-HNASS-G-RAS-ESSALUD-2015. 3)Res. N° 1644-G-RAS-ESSALUD-2015, Manual de Procedimientos "Test de Imagen Visual con Ácido Acético (IVAA) y Evaluación Colposcopía" del HN Alberto Sabogal Sologuren. 4)Carta N° 9-GQX-HNASS-G-RAS-ESSALUD-2016, 05 /01/16.5)Carta N° 980-GQX-HNASS-G-RAS-ESSALUD-2015 (02/09/2015), Plan de asistencia técnica a los ginecólogos, médicos generales y obstétricas de la RAS.





Vº Bº
Ing. A. Vargas

Vº Bº
Econ. A. Verástegui
SubGerente

Vº Bº
V. REYNA
Gerente

Patron de Comportamiento de los Indicadores del POI - FONAFE de la Red Asistencial SABOGAL

1. Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva del I Nivel de Atención	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Ratio	1.17	0.99

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

2. Diferimiento de Citas Consulta Externa pacientes referidos del I al III Nivel	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Días	15	15

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

3. Promedio de Permanencia en Hospitalización General	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Días	4.22	4.22

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

4. Porcentaje de Pacientes en Sala de Observación < = 24 Horas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Porcentaje (%)	75.00%	75.00%

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

5. Tiempo de Espera de Intervención [illegible]	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Días	45	45

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

6. Cobertura de Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Cobertura (%)	25.95%	22.47%

Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

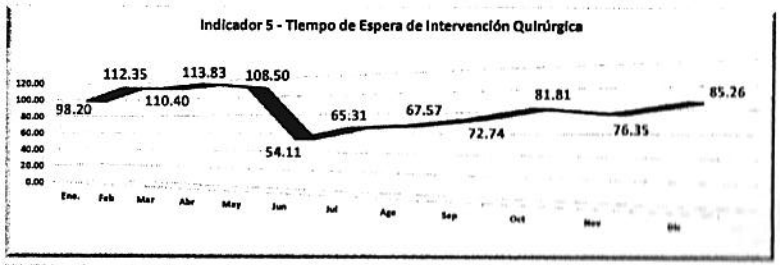
7. Cobertura de Tamizaje de Mamografías Preventivas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Cobertura (%)	23.41%	28.64%

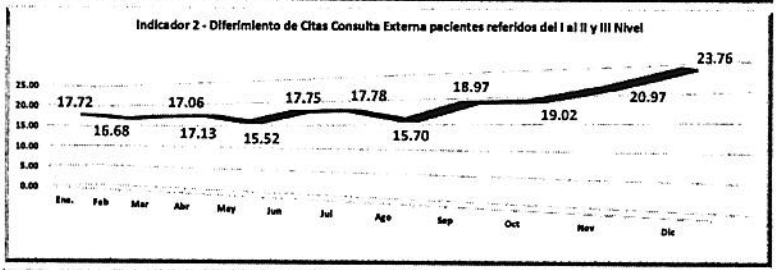
Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

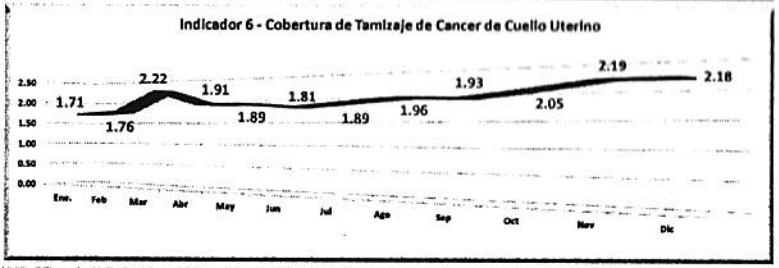
8. Cobertura de Vacunación Pentavalente (3era dosis)	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Cobertura (%)	80.00%	52.96%

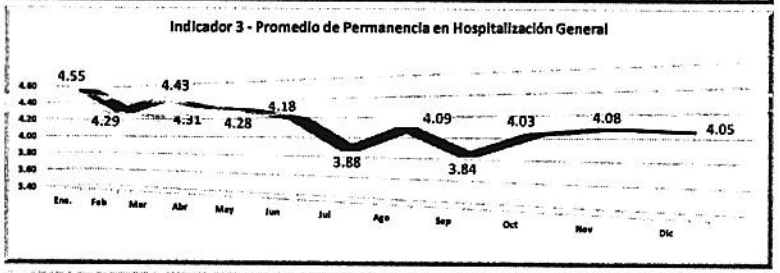
Fuente: SIAG (exportado el 31-01-2016)

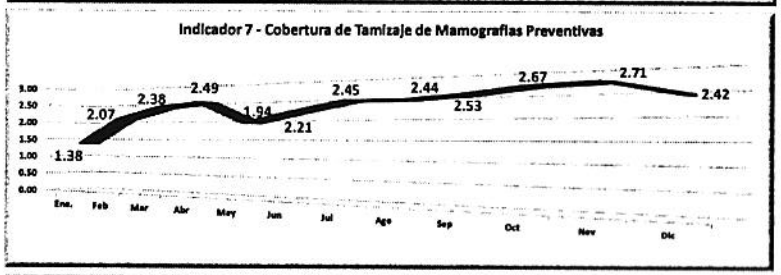


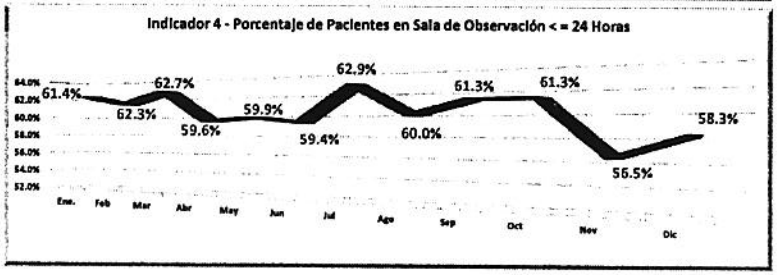


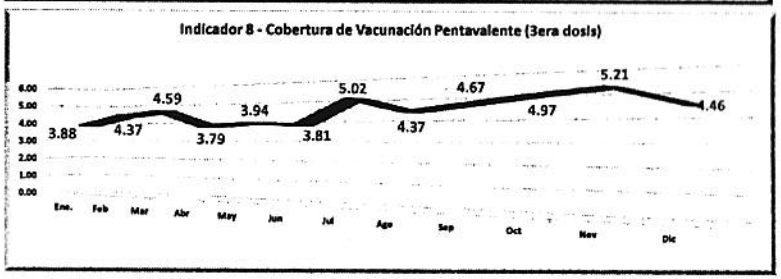












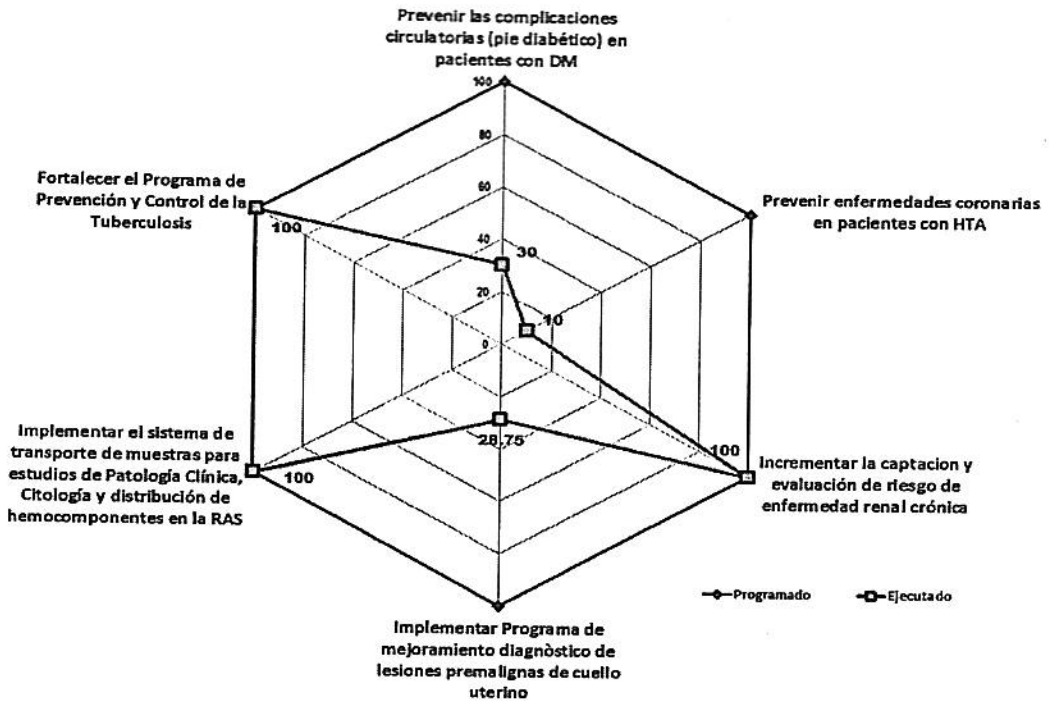
V°B° Ing. A. ROJAS ESSALUD

V°B° V. REYNA Gerente ESSALUD

V°B° Econ. A. Verástegui SubGerente ESSALUD

Red Asistencial SABOGAL

Actividades Desarrolladas para el cumplimiento de la Iniciativas de Gestión



Para: Prevenir las complicaciones circulatorias (pie diabético) en pacientes con DM

- ✓ Plan de trabajo elaborado
- ✓ Mediante Carta Nº 241 OGYCI-OGYD-G-RAS-ESSALUD-2015, se informa sobre la validación y aprobación de la GPC de para Diagnóstico y Tratamiento del Pie Diabético en el PNA (Resolución N° 1678-G-RAS-ESSALUD-2015 - Carta Nº 2236-GC-HNASS.G-RAS-ESSALUD-2015)

Para: Prevenir enfermedades coronarias en pacientes con HTA

- ✓ Presentación del Plan de Trabajo (Carta N° 1363-GC-HNASS-G-RAS-ESSALUD-2015, del 01/09/2015. Carta N° 48-JSC-DM-GC-RG-RAS-ESSALUD-2015

Para: Incrementar la captación y evaluación de riesgo de enfermedad renal crónica

- ✓ Presentación del Plan de Trabajo. Carta 1164-OCP-G-RAS-ESSALUD-2015 (11/08/2015) Referencia: INFORME 005-OAP-OCP-G-RAS-ESSALUD-2015
- ✓ Mediante Carta N° 1443-OCP-G-RAS-ESSALUD-2015, del 29-09-2015, se da conocer la Asistencia técnica al personal asistencial de los EESS seleccionados, identificación de paciente ERC. Con Carta N° 001-COOR.ECNT-RAS-ESSALUD-2015, amplia informe (Proveído N° 2175, del 14/10/2015).
- ✓ Mediante Carta Nº 003-COOR-ECNT-RDS-ESSALUD-2015, se pone en conocimiento del Informe Operacional, aplicación de score y test lista de paciente Octubre y Carta Nº 274-GRDS-ESSALUD-2015, Informe a Gerencia
- ✓ Mediante Carta Nº 003-COOR-ECNT-RDS-ESSALUD-2015, se informó sobre el ingreso de pacientes al programa de reforma de vida. Con Carta Nº 274-GRDS-ESSALUD-2015, se elaboró el informe operacional de los EESS
- ✓ Mediante Carta Nº 003-COOR-ECNT-RDS-ESSALUD-2015, se informa el monitoreo y supervisión en los meses de Octubre y noviembre – 2015, así como por Carta N° 274-GRDS-ESSALUD-2015, se informa a Gerencia de la RAS Sabogal, Monitoreo y Supervisión de la captación de pacientes en riesgo de enfermedad renal crónica

Para: Implementar Programa de mejoramiento diagnóstico de lesiones premalignas de cuello uterino

Red Asistencial SABOGAL

- ✓ Mediante Carta N° 980-GQX-HNASS-G-RAS-ESSALUD-2015, del 02/09/2015, se presentó Plan de Trabajo.
- ✓ Mediante Carta N° 1188-GQX-HNASS-G-RAS-ESSALUD-2015, GPC para revisión, con Carta N° 236 OGCyCI-OGyD-G-RAS-ESSALUD-2015, las guía revisada, con Carta N 1543-GQX-HNASS-G-RAS-ESSALUD2015.
- ✓ Mediante Resolución N° 1644-G-RAS-ESSALUD-2015, aprobó el Manual de Procedimientos "Test de Imagen Visual con Ácido Acético (IVAA) y Evaluación Colposcopía" del HN Alberto Sabogal Sologuren.
- ✓ Mediante Carta N° 9-GQX-HNASS-G-RAS-ESSALUD-2016, 05 /01/16, Referencias: Carta N° 002-JDGO-GQX-HNASS-GRAS-ESSALUD-2016 y Carta N°1543-GQX-HNASS-G-RAS-ESSALUD-2015, documentos de requerimiento de equipos
- ✓ Mediante Carta N° 980-GQX-HNASS-G-RAS-ESSALUD-2015 (02/09/2015), se presentó Plan de asistencia técnica a los ginecólogos, médicos generales y obstétricas de la RAS.

Para: Implementar el sistema de transporte de muestras para estudios de Patología Clínica, Citología y distribución de hemocomponentes en la RAS

- ✓ Mediante Carta N° 618-JSPC-DADyT-G-RAS-ESSALUD-2015, del 04/08/2015, se presentó el Plan de Trabajo. Referencia: Informe N° 005-OAP-OCP-G-RAS-ESSALUD-2015.
- ✓ Mediante Carta N° 732JSPC-DADyT-G-RAS-ESSALUD-2015, adjunta Actas de 04 Reuniones técnicas con los EESS de la Red Asistencial Sabogal que referencian muestras para exámenes de patología Clínica, Anatomía Patológica; y con los Centros de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I que recepcionan hemocomponentes sanguíneos del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo II Sabogal.
- ✓ Mediante Carta N° 732 JSPC-DADyT-RAS-ESSALUD-2015, se informa ruta de la programación horaria de remisión de muestras y hemocomponentes sanguíneos de los EESS al Hospital Alberto Sabogal.
- ✓ Mediante Carta N° 921-JSPC-DADyT-G-RAS-ESSALUD-2015, se informa de Actas de reuniones técnicas y monitoreo de entrega de resultados, Carta N° 1054-JSPC-DADyT-G-RAS-ESSALUD-2015, informe final del estudio.

Para: Fortalecer el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis

- ✓ Mediante Carta N° 1055-OCP-G-RAS-ESSALUD-2015, del 10/08/2015, se Presentó el Plan de Trabajo.
- ✓ Mediante el Informe N° 009-Comité-TB-RAS-ESSALUD-2015, se hizo de conocimiento la reunión llevado a cabo el 15-10-2015. Carta N° 121-G-RDS-ESSALUD-2015 e Informe N° 010-Comité-TB-RAS-ESSALUD-2015, Carta N° 231-G-RDS-ESSALUD-2015
- ✓ Mediante Carta N° 1272-OCP-RAS-ESSALUD-2015, Carta N° 1529-OCP-RAS-ESSALUD-2015, Carta N° 130-G-RDS-ESSALUD-2015, Carta N° 121-G-RDS-ESSALUD-2015 y Carta N° 231-G-RDS-ESSALUD-2015, se realizó el requerimiento de Material Educativo
- ✓ Mediante Carta N° 228-G-RDS-ESSALUD-2015, solicita anticipo para el reconocimiento a los EESS de la RED (Carta N° 1055-OCP-RAS-ESSALUD-2015)

Gestión de la RAS

En el mes de Enero

- ✓ Se constituyó la Unidad de Control Post hospitalario Especializado - COPOHES - como Unidad Funcional de la Gerencia Clínica del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren - HNASS
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Medica – 2015, del CAP III Bellavista, CAP III Luis Negreiros Vega, CAP III Metropolitano – Callao, de la RAS Sabogal
- ✓ Se conformó: el Comité de Gestión, Comité de Lactancia Materna, del CAP III Bellavista, de la RAS Sabogal
- ✓ Se conformó el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente del CAP III Luis Negreiros Vega, de la RAS Sabogal
- ✓ Se conformó: el Comité Farmacovigilanica – 2015, del CAP III Hna. María Donrose Dutmoller, CAP III Puente Piedra, de la RAS Sabogal

En el mes de Febrero

- ✓ Se conformó el Equipo de Trabajo de Apoyo de las Actividades Preparatorias para la Formulación del Proyecto de Inversión "Mejoramiento del HNASS"
- ✓ Se constituyó la Comisión Medica Calificadora de Incapacidades de la Ley N° 26790 del HII Gustavo Lanatta Lujan – RAS Saboga
- ✓ Se conformó: el comité de Seguridad y Defensa Civil, Comité de Rehabilitación Basada en la Comunidad, Comité de Auditoria Medica y el Comité de Referencias y Contrarreferencias, del CAP III Puente Piedra de la RAS Sabogal.

Gerencia de Planeamiento Corporativo-GCPD V°B° V. REYNA Gerente ESSALUD

Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo V°B° Ing. A. ROJAS ESSALUD

Gerencia Central de Control y Evaluación de la Gestión-GCCGD V°B° Econ. A. Peralsiegui Subgerente ESSALUD

Red Asistencial SABOGAL

- ✓ Se conformó la Comisión de Actos de Disposición de Bienes Patrimoniales para Baja de la RAS Sabogal - 2015
- ✓ Se conformó el Comité Farmacoterapeutico del CAP III Carabayllo de la RAS Sabogal – 2015.
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Medica – 2015, del CAP III Luis Negreiros Vega, H I Marino Molina Scippa de la RAS Sabogal
- ✓ Se conformó el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente y el Comité del Programa Reforma de Vida Renovada, del H I Octavio Mongrut Muñoz de la RAS Sabogal.
- ✓ Se conformó el Comité de Gestión y el Comité para la Prevención y Control de la Tuberculosis del CAP III Puente Piedra de la red asistencial sabogal,
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Medica – 2015, del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, de la RAS Sabogal
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Medica – 2015, del H I Octavio Mongrut Muñoz, Policlínico Fiori, Policlínico Hna. María Donrose Sutmoller, Policlínico Pedro Reyes Barboza, H II Gustavo Lanatta Lujan, de la RAS Sabogal.
- ✓ Se conformó el Comité de Autoevaluación para la Acreditación del CAP III Bellavista de la RAS Sabogal.
- ✓ Se designó a los integrantes del Comité de Implante Coclear del HNASS.
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Odontológica – 2015, del CAP III Luis Negreiros Vega, CAP III Bellavista, CAP III Metropolitano-Callao, H I Marino Molina Scippa, de la RAS Sabogal.
- ✓ Se conformó el Comité de la Unidad de Medicina Complementaria del CAP III Pedro Reyes Barboza de la RAS Sabogal.
- ✓ Se conformó el Comité Farmacológico del CAP III Puente Piedra
- ✓ Se conformó el Comité de Gestión y Manejo de Residuos Sólidos del H II Lima Norte - Callao Luis Negreiros Vega

En el mes de Marzo

- ✓ Se conformó el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente del CAP III Metropolitano - Callao
- ✓ Se conformó el Grupo de Trabajo de Gestión de Riesgo de Desastres de la RAS Sabogal.
- ✓ Se conformó la Comisión de Eventos "Centinela", el Comité Ejecutivo de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias, del H II Gustavo Lanatta Lujan de la RAS Sabogal
- ✓ Se conformó el Comité Farmacológico del CAP III Hna. María Donrose Sutmoller de la RAS Sabogal
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Medica – 2015, del CAP III Carabayllo, del CAP III Luis Negreiros Vega, H I Octavio Mongrut Muñoz y el CAP III Huaral, de la RAS Sabogal
- ✓ Se conformó el Comité de Gestión de la Calidad del CAP III Pedro Reyes Barboza de la RAS Sabogal
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Odontológica – 2015, del H I Octavio Mongrut Muñoz, de la RAS Sabogal.
- ✓ Se conformó el Comité de Seguridad y salud en el Trabajo del H I Marino Molina Scippa – RAS Sabogal

En el mes de Abril

- ✓ Se constituyó el Comité de Referencias y Contrarreferencias del CAP III Huaral y el CAP III Pedro Reyes Barboza , de la RAS Sabogal
- ✓ Se conformó: el Comité de Auditoria Odontológica – 2015, el Comité de Gestión, el Comité de Farmacovigilancia, el Comité Programa Reforma de Vida Renovada y el Comité de Autoevaluación para la Acreditación del H II Gustavo Lanatta Lujan, de la RAS Sabogal
- ✓ Se conformó el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente del H I Octavio Mongrut Muñoz, H I Marino Molina Scippa y CAP II Paramonga
- ✓ Se conformó el Equipo de Mejora Continua de la Calidad, del CAP III Metropolitano – Callao y el CAP II Paramonga, de la RAS Sabogal
- ✓ Se conformó el Comité de Hospitalización – 2015, del HI Marino Molina Scippa, de la RAS Sabogal
- ✓ Se conformó el Comité de Autoevaluación para la Acreditación del CAP II Paramonga de la RAS Sabogal.
- ✓ Se conformó el Comité de Gestión, del H I Marino Molina Scippa y el CAP II Paramonga, de la RAS Sabogal.
- ✓ Se conformó el Comité de Farmacovigilancia del H I Marino Molina Scippa de la RAS Sabogal para el periodo 2015.
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Odontológica – 2015, del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren - 2015

En el mes de Mayo

- ✓ Se constituyó el Comité de Referencias y Contrarreferencias del CAP II Paramonga de la RAS Sabogal
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Medica – 2015, del CAP III Paramonga de la RAS Sabogal.
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud del HOSPITAL I Marino Molina Scippa.
- ✓ Se conformó el Comité Farmacoterapeutico del CAP II Paramonga de la RAS Sabogal
- ✓ Se conformó el Comité de Farmacovigilancia – 2015, del H II Lima Norte Callao - Luis Negreiros Vega de la RAS Sabogal

Red Asistencial SABOGAL

- ✓ Se conformó el Comité de Salud Renal del HNASS.
- ✓ Se conformó el Grupo de Trabajo de Gestión de Riesgo de Desastres del H II Luis Negreiros Vega y del HNASS
- ✓ Se aprobó el Plan Anual de Calidad y Seguridad del Paciente 2015 – RAS Sabogal.
- ✓ Se conformó el Comité de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención de la Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente de la RAS Sabogal
- ✓ Se designó al Coordinador del programa de Prevención y Control de la TBC de la RAS Sabogal
- ✓ Se conformó el Comité Técnico de Formulación del Plan Director de Inversiones de la RAS Sabogal.
- ✓ Se conformó el Comité el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del H II Gustavo Lanatta Lujan
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Odontológica – 2015, del H II Luis Negreiros Vega
- ✓ Se constituyó el Comité de Gestión para la Elaboración de los Índices de Seguridad Hospitalaria de los Establecimientos de Salud de la RAS Sabogal

En el mes de Junio

- ✓ Para el Fortalecimiento de la Vigilancia de IRAG se conformó el Comité multidisciplinario Local para la Atención, Prevención y Control de la Influenza, Infecciones Respiratorias Agudas Graves y otros en la RAS Sabogal
- ✓ Se conformó el Comité Farmacoterapeutico del H II Luis Negreiros Vega
- ✓ Se conformó el Comité para la Atención, Prevención y Control de la Influenza, Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) y Otros Virus Respiratorios (OVR), del H II Luis Negreiros Vega de la RAS Sabogal
- ✓ Se conformó el Comité de Historias Clínicas del CAP III Pedro Reyes Barboza,
- ✓ Se conformó el Comité de Farmacovigilancia – 2015, del HNASS de la RAS Sabogal
- ✓ Se conformó el Comité para la Atención, Prevención y Control de la Influenza, Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) y Otros Virus Respiratorios (OVR), de la RAS Sabogal.

En el mes de Julio

- ✓ Se aprobó el Plan Anual de Encuesta de Satisfacción al Usuario – 2015, de la RAS Sabogal.
- ✓ Se conformó el Comité de Historias Clínicas del HNASS..
- ✓ Se conformó el Comité de Autoevaluación para la Acreditación y se conformaron los Sub Comités de Evaluación Interna del H II Luis Negreiros Vega de la RAS Sabogal

En el mes de Agosto

- ✓ Se conformó el Comité de Programa Reforma de Vida Renovada del CAP III Carabayllo de la RAS Sabogal,
- ✓ Se conformó el Comité de Farmacovigilancia – 2015, del Policlínico Fiori
- ✓ Se constituyó el Comité de Prevención y Análisis de la Mortalidad Materna del H I Octavio Mongrut Muñoz y de la RAS Sabogal.
- ✓ Se conformó el Grupo de Trabajo de Gestión de Riesgo de Desastres del CAP III Paramonga de la RAS Sabogal
- ✓ Se conformó el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo del CAP III Bellavista de la RAS Sabogal.
- ✓ Se conformó el Comité adhoc para la Contratación de servicios de Hospitalización para Pacientes con Tuberculosis Resistentes a Fármacos y con Tuberculosis con Complicaciones a través de Servicios de salud de IPRESS Publicas y Privadas
- ✓ Se conformó el Comité de Autoevaluación para la Acreditación – 2015, del CAP III Luis Negreiros Vega de la RAS Sabogal
- ✓ Se conformó el Comité Farmacoterapeutico del HNASS de la RAS Sabogal
- ✓ Se conformó el Comité de Gestión de la RAS Sabogal

En el mes de Setiembre

- ✓ Se conformó el Comité de Autoevaluación para la Acreditación – 2015, del CAP III Pedro Reyes Barboza
- ✓ Se conformó el Comité Ejecutivo de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias y el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente del CAP III Carabayllo de la RAS Sabogal.
- ✓ Se constituyó el Comité de Referencias y Contrarreferencias del CAP III Hna. María Donrose Sutmoller de la RAS Sabogal.
- ✓ Se conformó el Comité de Autoevaluación para la Acreditación del H II Gustavo Lanatta Lujan de la RAS Sabogal
- ✓ Se constituyó la Comisión Medica Calificadora de Incapacidad (COMECI) de la Ley N° 26790 de los Centros Hospitalarios de la RAS Sabogal para el periodo 2015 -2017
- ✓ Se constituyó el Comité Medico de Auditoria de Incapacidades (COMAI) de los Centros Hospitalarios de la RAS Sabogal para el periodo 2015 - 2017
- ✓ Se aprobó el Plan Local Anual de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias – 2015, del H II Luis Negreiros Vega - LNV de la RAS Sabogal.
- ✓ Se conformó: el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente, el Comité Farmacovigilancia, el Comité de

Red Asistencial SABOGAL

Autoevaluación para la Acreditación, el Comité de Prevención y Análisis de la Mortalidad Materna, el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, el Comité de Lactancia Materna, el Comité de Hospitalización, el Comité de Seguridad y Defensa, del H II Luis Negreiros Vega - LNV

- ✓ Se conformó el Comité Multidisciplinario para la Atención Prevención y Control de la Influenza, Infecciones Respiratorias Agudas Graves y Otro Virus, del HNASS de las RAS Sabogal
- ✓ Se aprobó la Guía Técnica de Manejo de Pacientes Sometidos a Transfusiones Masivas, del HNASS de las RAS Sabogal.

En el mes de Octubre

- ✓ Se conformó el Comité de Medicina Complementaria del CAP III Carabayllo
- ✓ Se conformó el Comité de Cesáreas del HNASS de la RAS Sabogal
- ✓ Se conformó el Comité de Autoevaluación para la Acreditación del CAP II Chancay
- ✓ Se modificó a los integrantes del Equipo de Trabajo de la RAS Sabogal encargado de ejecutar las Acciones Operativas para la Puesta en Funcionamiento del Centro de Producción de Radiofármacos (Proyecto Ciclotrón).
- ✓ Se conformó el Comité de Gestión del CAP III Hna. María Donrose Sutmoller
- ✓ Se aprobó el Plan de Contingencia: Fenómeno El Niño 2015-2016 del HNASS de la RAS Sabogal.
- ✓ Se conformó el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente del HNASS de la RAS Sabogal.
- ✓ Se constituyó el Comité Evaluador para la Ejecución del Programa Personas que Dejan Huella, de la RAS Sabogal.

En el mes de Noviembre

- ✓ Se constituyó el Comité Local para la Prevención y Control de la Tuberculosis del HNASS
- ✓ Se conformó el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2016, del CAP III Carabayllo y del HNASS, de la RAS Sabogal,
- ✓ Se constituyó el Comité de Salud Renal del CAP III Huaral
- ✓ Se designó a los integrantes del Comité ad hoc Contratación del Servicio de Radioterapia para los Pacientes del HNASS
- ✓ Se aprobó el Plan Hospitalario de Emergencia ante Situaciones de Desastres del HNASS
- ✓ Se conformó el Equipo de Mejora Continua de la Calidad del CAP III Huaral
- ✓ Se reconformó el Comité de Gestión y Manejo de Residuos Sólidos del H II Luis Negreiros Vega - LNV
- ✓ Se dispuso adscribir funcionalmente la Unidad Funcional de Seguridad y Salud en el Trabajo a la Oficina de Recursos Humanos de la Oficina de Administración de la RAS Sabogal.

En el mes de Diciembre

- ✓ Se aprobó el Manual de Procedimientos "Test de Imagen Visual con Ácido Acético (IVAA) y Evaluación Colposcopia", del HNASS de la RAS Sabogal.
- ✓ Se aprobó el Manual de Procedimientos de Bioseguridad de Cuidados Críticos en el Servicio de Cuidados Intensivos Generales Adultos, del HNASS de la RAS Sabogal.
- ✓ Se aprobó el Plan de Mejoramiento Continuo de la Calidad del Servicio de Patología Clínica, del HNASS de la RAS Sabogal.
- ✓ Se aprobó la GPC para Diagnóstico y Tratamiento del Pie Diabético en el Primer Nivel de Atención, de la RAS Sabogal
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Medica del HI Marino Molina Scippa, de la RAS Sabogal.
- ✓ Se conformó el Comité de Programa Reforma de Vida renovada de la RAS Desconcentrada Sabogal
- ✓ Se aprobó el Plan de Contingencia Fenómeno El Niño 2015 – 2016, del CAP III Huaral, del CAP III Metropolitano Callao, de la RAS Sabogal.
- ✓ Se ratificó a los integrantes del Comité de Auditoria Médica – 2016, del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren de la RAS Sabogal.
- ✓ Se aprobó el Reglamento de Comité Farmacoterapeutico de la RAS Sabogal.
- ✓ Se designó al Comité Especial Ad Hoc que tendrá a su cargo la organización, conducción y ejecución de la integridad del Proceso de Licitación Pública para la "Adquisición del Terreno para el Centro de Hemodiálisis en el Distrito de San Martin de Porres".

Principales Gastos Logísticos (PAC – 2015)

Descripción (*)	Tipo de proceso	Valor estimado S/.
Adquisición de equipamiento biomédico: 10 incubadoras neonatal uci para el servicio de neonatología del HNASS de la RAS Sabogal	LP	950,000.00

Red Asistencial SABOGAL

Adquisición de equipos médicos: equipo osmosis inversa portátil para máquina de hemodiálisis y máquinas de hemodiálisis para el HNASS y Gustavo Lanatta de Huacho	LP	1,440,198.00
Adquisición de equipos médicos por reposición para el servicio de anatomia patológica del HNASS	AMC	508,543.80
Adquisición de hemogramas automatizado diferencial de 3 estirpes y materiales de laboratorio para la RAS Sabogal con equipo en cesión de uso	LP	639,487.04
Adquisición de hemogramas automatizado diferencial de 5 estirpes y dosajes de coagulación para la RAS Sabogal con equipo en cesión de uso	LP	1,827,442.85
Adquisición de material médico a compra local para el servicio de oftalmología del HNASS de la RAS Sabogal	LP	1,568,500.00
Adquisición de material médico de cirugía laparoscópica reusable para la RAS Sabogal	LP	777,804.00
Adquisición de material médico de radiología intervencionista para el HNASS	LP	1,645,032.40
Adquisición de material médico de uso local para la RAS Sabogal	LP	1,016,082.00
Adquisición de material médico para traumatología de la RAS Sabogal	LP	1,460,722.34
Adquisición de material médico- sondas esofágicas simple de gasto cardiaco con doppler para la RAS Sabogal	LP	1,500,440.16
Adquisición de material médico varios para la RAS Sabogal a compra local	LP	1,435,990.32
Adquisición de pruebas inmunohematológicas para el servicio de banco de sangre del HNASS de la RAS Sabogal con equipo en cesión de uso	LP	2,495,520.00
Adquisición de reactivos de bioquímica para los hospitales y centros de atención primaria para la RAS Sabogal con equipo en cesión de uso	LP	2,216,850.20
Adquisición de suministro petróleo diesel b5 para calentadores, grupos y calderas del H II Gustavo Lanatta y periferias	ADP	594,220.00
Adquisición de suministro petróleo diesel b5 para calentadores, grupos y calderas del HNASS y periferias	ADP	725,599.98
Adquisición de test de aliento para la RAS Sabogal	LP	1,198,632.96
Contratación de servicio de alimentación y nutrición para la RAS Sabogal	CP	8,033,949.97
Contratación de servicio de soporte técnico, mantenimiento y actualización de las centrales telefónicas ip de la RAS Sabogal	CP	556,000.00
Contratación del servicio de apoyo de los módulos de atención al asegurado de los CAS de la RAS Sabogal	CP	3,183,564.61
Contratación del servicio de diseño y arquitectura para el HNASS de la RAS Sabogal	AMC	645,838.55
Contratación del servicio de lectura e informe de exámenes radiológicos para el HNASS y periferias	CP	814,680.00
Contratación del servicio de mantenimiento de equipo biomédico grupo III hospitalización y consulta externa	CP	860,217.60
Contratación del servicio de mantenimiento de equipos e instalaciones eléctricas para los CAS de la RAS Sabogal	CP	794,777.10
Contratación del servicio de mantenimiento de equipos e instalaciones sanitarias de los CAS de la RAS Sabogal	CP	860,000.00
Contratación del servicio de mantenimiento de equipos electromecánicos de la RAS Sabogal	CP	928,792.56
Contratación del servicio de mantenimiento de equipos y redes de gas medicinal y vacío de los CAS de la RAS Sabogal.	CP	527,446.32
Contratación del servicio de mantenimiento de mobiliario clínico para los CAS de la RAS Sabogal	CP	660,066.96
Contratación del servicio de mantenimiento de servicios generales de la RAS Sabogal	CP	1,429,258.80
Contratación del servicio de médicos PAAD familiar para la RAS Sabogal	CP	1,600,185.60
Contratación del servicio de resonancia magnética para el HNASS - delegación	CP	650,700.00
Contratación del servicio de resonancia magnética para la RAS Sabogal	CP	842,700.00
Contratación del servicio de tomografía para la RAS Sabogal	CP	905,243.90
Total		45'294,488.02

(*) Periodos de 12 meses

Principales Cursos Talleres llevados a cabo

1. Curso especializado en contrataciones del estado para los miembros del Comité de adjudicaciones para la evaluación de procesos logísticos, dirigido a 170 Participantes (S/. 40,000)
2. Curso Internacional de Glaucoma - HNASS – Callao, dirigido a 175 Participantes (S/. 8,500)
3. Curso en manejo y monitoreo de pacientes con patología neurocritica aguda grave, dirigido a 100 Participantes (S/. 6,043)
4. Curso de urgencias y emergencias para la RAS, dirigido a 210 Participantes (S/. 4,764)
5. Curso de ventilación mecánica de avanzada, dirigido a 300 Participantes (S/. 4,543)
6. II Curso de actualización en tuberculosis para la Red Sabogal, dirigido a 120 Participantes (S/. 4,377)
7. Curso de Atención Integral de Diabetes Mellitus para la RAS, dirigido a 190 Participantes (S/. 4,377)
8. Curso prevención de la enfermedad y promoción de la salud para la RAS, dirigido a 120 Participantes (S/.

Red Asistencial SABOGAL

4,377)

9. Curso: atención primaria en servicios de salud para la RAS, dirigido a 120 Participantes (S/. 4,377)
10. Prevención de riesgos laborales en salud CEPRIT para la Microred Huacho, dirigido a 100 Participantes (S/. 4,280)
11. Curso taller organizado por el servicio de cuidados intermedios dirigido a la Red Sabogal sobre atención de los pacientes críticos, dirigido a 150 Participantes (S/. 4,143)
12. Programa de educación continua - "Inducción a los colaboradores de la RAS", dirigido a 330 Participantes (S/. 4,141)
13. Curso avances en enfermería en cirugías de especialidades, dirigido a 200 Participantes (S/. 4,094)
14. III Curso nacional: Prevención de la mortalidad materna, dirigido a 120 Participantes (S/. 3,667)
15. Curso de urgencias y emergencias para la Microred Huacho, dirigido a 100 Participantes (S/. 3,624)
16. Curso "Avances en medicina interna", dirigido a 100 Participantes (S/. 3,577)
17. Curso de actualización en hematología, dirigido a 120 Participantes (S/. 3,392)
18. Curso en ventilación mecánica invasiva y no invasiva, dirigido a 160 Participantes (S/. 3,043)
19. II Curso de evaluación radiológica de la mama, detección temprana de cáncer de mama, dirigido a 76 Participantes (S/. 2,816)
20. III Curso prevención de la enfermedad y promoción de la salud, dirigido a 74 Participantes (S/. 2,628)
21. Uso racional de hemocomponentes y control pos transfusional para la RAS, dirigido a 70 Participantes (S/. 2,603)
22. Curso de implementación del sistema de farmacovigilancia para la RAS, dirigido a 70 Participantes (S/. 2,603)
23. Curso: salud mental y violencia, dirigido a 70 Participantes (S/. 2,602)
24. Curso actualización en el manejo del paciente crítico del servicio de emergencia, dirigido a 200 Participantes (S/. 2,500)
25. Curso: ventilación mecánica neonatal, dirigido a 100 Participantes (S/. 1,500)
26. Curso de ulceras por presión: curación y acciones preventivas, valoración y aporte nutricional, dirigido a 210 Participantes (S/. 1,000).

V°B° Econ. A. Velásquez SubGerente

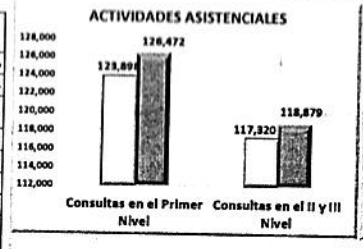
V°B° V. REYNA Gerente

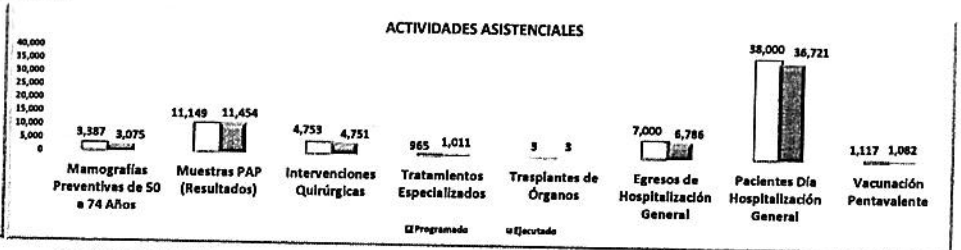
V°B° Ing. A. ROJAS

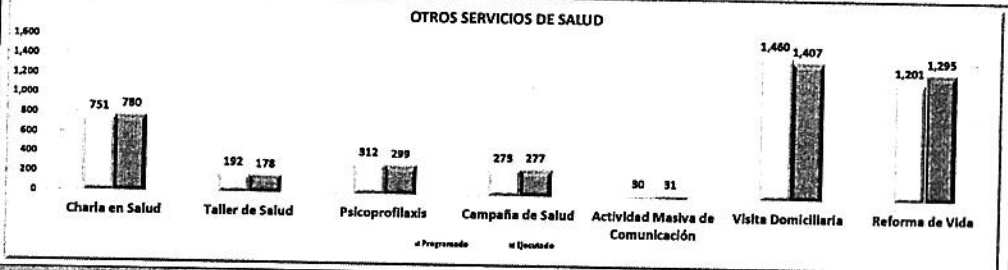
Evaluación del Plan Operativo Institucional 2015 - Desagregado
Red Asistencial TACNA

ACTIVIDADES OPERATIVAS - ASISTENCIALES

	PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD	UNIDAD DE MEDIDA	Al IV Trimestre		Cumplimiento %
			Programado	Ejecutado	
1	Consultas en el Primer Nivel	Consultas	123,898	126,472	102%
2	Consultas en el II y III Nivel	Consultas	117,320	118,879	101%
3	Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años	Mamografías preventivas con resultado	3,387	3,075	91%
4	Muestras PAP (Resultados)	Exámenes PAP con resultado	11,149	11,454	103%
5	Intervenciones Quirúrgicas	Intervenciones Quirúrgicas	4,753	4,751	100%
6	Tratamientos Especializados	Tratamientos Especializados	965	1,011	105%
7	Trasplantes de Órganos	Trasplantes	3	3	100%
8	Egresos de Hospitalización General	Egresos	7,000	6,786	97%
9	Pacientes Día Hospitalización General	Paciente día	38,000	36,721	97%
10	Vacunación Pentavalente	Vacunas (3ª dosis)	1,117	1,082	97%
11	Otros servicios de Salud				
11.1	Charla en Salud	Charlas	751	780	104%
11.2	Taller de Salud	Sesiones	192	178	93%
11.3	Psicoprofilaxis	Sesiones	312	299	96%
11.4	Campaña de Salud	Campañas	273	277	101%
11.5	Actividad Masiva de Comunicación	Eventos	30	31	103%
11.6	Visita Domiciliaria	Visitas	1,460	1,407	96%
11.7	Reforma de Vida	Sesiones	1,201	1,295	108%







Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel >= 100% son: Consultas en el PN (102%), Consultas en el II y III Nivel (101%), Muestras PAP (103%), Interv Qx. (100%), Tratamientos Especializados (105%) y Tx. Órganos (100%). Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel de avance por debajo del 95% son las referidas a: Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años (91%).

De las 07 Actividades denominadas Otros Servicios de Salud, cuatro (04) muestran un avance >=100% y una (01) se encuentran con un nivel de avance menor al 95% siendo estas: Taller de salud (93%).

INICIATIVA DE GESTIÓN — AVANCE POI - 2015 — REGULAR

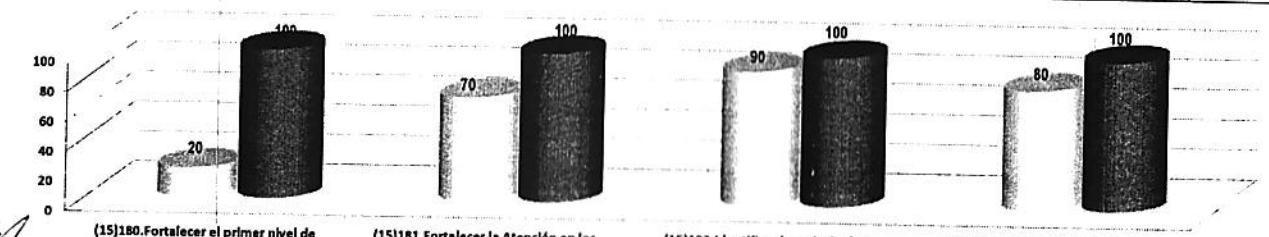
Actividades	Responsable	Fec. Ini. ReProg	Fec. Fin ReProg	Valor %	Valor ganado	Valor planeado	Index Pcmd actual	Hitos ejecutados N° HITOS	SI (100%)	NO (0%)	AVANCE	Cumplimiento %
(15)180.Fortalecer el primer nivel de atención: CAPs Metropolitano, Luis Paiza Lévano y Oscar Fernán	Virginia Sosa	27-may	30-dic	100	20	100	0.2	7	2	5	0	28.57%
(15)181.Fortalecer la Atención en los programas de PADOMI y CAMEC	Virginia Sosa	01-jul	31-dic	100	70	100	0.7	6	3	0	3	50.00%
(15)182.Identificar las principales necesidades de inversión en infraestructura de las oficinas administrativas de la Gerencia de la RAS Tacna.	Mario Denegri	27-may	30-ago	100	90	100	0.9	3	2	0	1	66.67%
(15)183.Fortalecer los criterios de evaluación para alcanzar los estándares de la acreditación en un proceso de autoevaluación interno	Reynaldo Sosa	30-mar	31-dic	100	80	100	0.8	4	3	0	1	75.00%
Iniciativa de Gestión		30-mar	31-dic	100	65.00	100.00	0.6500	20	10	5	5	50.00%

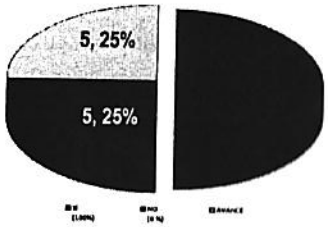
1)Resolución de Gerencia N° 622-GRATA-ESSALUD 2015, se aprueba la inclusión en el PAC, el sistema de video vigilancia para el PNA. 2) Se emitió la Orden de Compra N° 4502519902, solicitando la contratación del servicio de video vigilancia para los CAP de la RAS Tacna, para el Proceso de adquisición de un Sistema de Video Vigilancia. 3)Carta N° 017-USI-Oa-GRATA-ESSALUD-2016, presento la conformidad al servicio de implementación del Sistema de video vigilancia en los diferentes CAPs

Se realizó el Diagnóstico situacional de PADOMI y CAMEC así como se ha identificado las necesidades de inversión en los EE.SS, referidos a fortalecer la atención de PADOMI y CAMEC, para ello mediante Resolución N° 346-GRATA-EaSalud-2015, se conformó el Comité Técnico de formulación del Plan Director de Inversiones de la Red Asistencial Tacna, el 11-08-2015, se presentó el Plan Director de la Red Asistencial Tacna en el que se evidencia las necesidades de inversión de la Red, para el periodo 2015 - 2025.

1)Resolución N° 346-GRATA-EaSalud-2015, Comité Técnico de formulación del Plan Director de Inversiones de la RAS Tacna. 2)Elaboración del Plan Director de la RAS Tacna, periodo 2015 - 2025. Con fecha 02-11-2015 se envió el Plan Director a la Sede Central solicitando el total de las necesidades de infraestructura. 3)Se espera que la Sede Central, considere el total de las necesidades de infraestructura de la RAS, consignadas en el Plan Director, a fin de Elaborar Plan de Trabajo.

1)Resolución N° 484-GRATA-ESSALUD-2014, se conformó el Comité de autoevaluación para la Acreditación de la RAS Tacna. 2)Difusión de la Lista de Estándares de Acreditación y Plan de Autoevaluación para la Acreditación del H III Daniel Alcides Carrión. Se realizó identificación de los criterios de evaluación para ser desarrollados e implementados en los Centros. 3)Plan de Autoevaluación para la Acreditación del H III Daniel Alcides Carrión y los EESS adscritos a la Red. Elaboración del Plan de Trabajo para la evaluación interna.





V°B° Eco. A. Verástegui SubGerente

V°B° V. REYNA Gerente

Patron de Comportamiento de los Indicadores del POI - FONAFE de la Red Asistencial TACNA

1. Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva del I Nivel de Atención	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Ratio	1.25	1.06

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

2. Diferimiento de Citas Consulta Externa pacientes referidos del I al III Nivel	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Días	15	15

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

3. Promedio de Permanencia en Hospitalización General	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Días	5.32	5.32

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

4. Porcentaje de Pacientes en Sala de Observación < = 24 Horas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Porcentaje (%)	78.10%	78.10%

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

5. Tiempo de Espera de Intervención Quirúrgica	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Días	45	45

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

6. Cobertura de Tamizaje de Cancer de Cuello Uterino	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Cobertura (%)	27.50%	29.24%

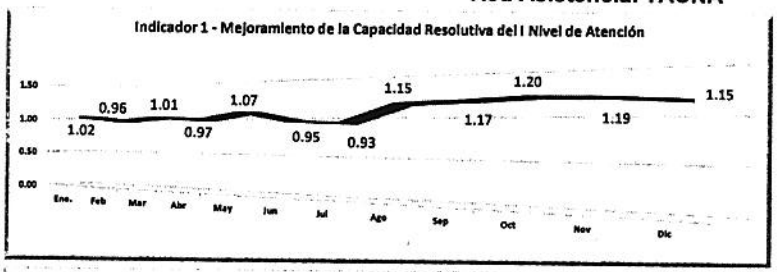
Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

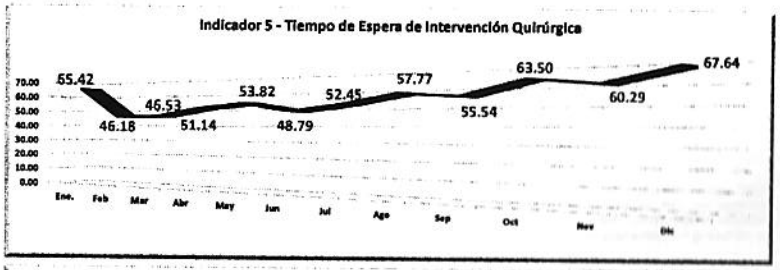
7. Cobertura de Tamizaje de Mamografías Preventivas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Cobertura (%)	25.00%	28.30%

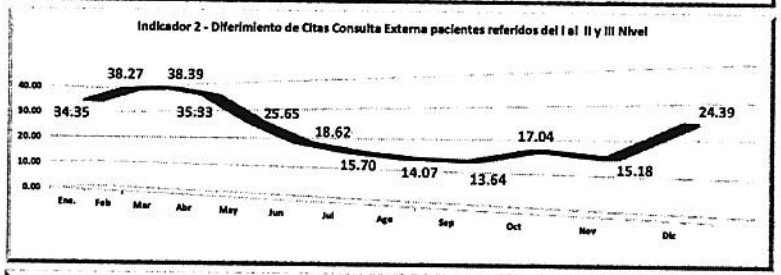
Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

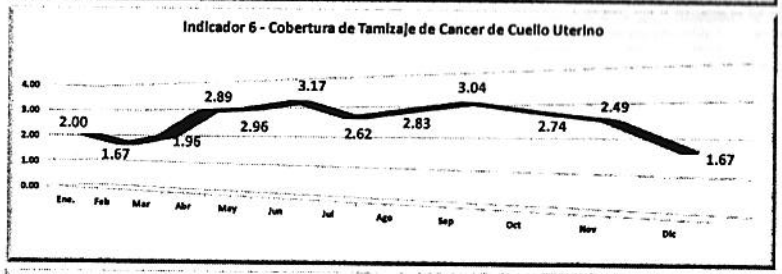
8. Cobertura de Vacunación Pentavalente (3era dosis)	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2015	Meta Ind. Modificado 2015
	Cobertura (%)	85.00%	67.86%

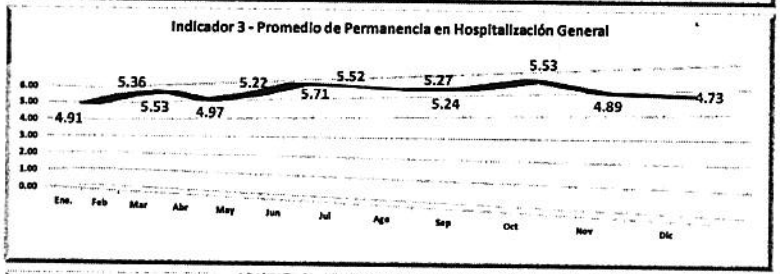
Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

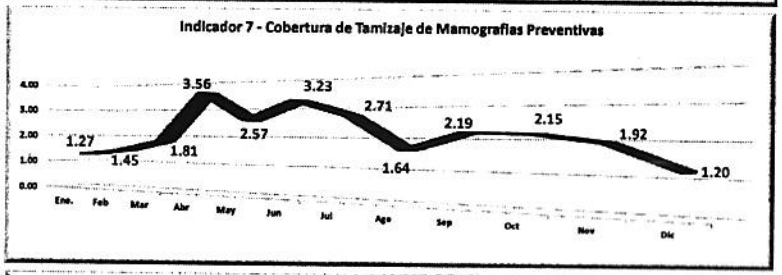


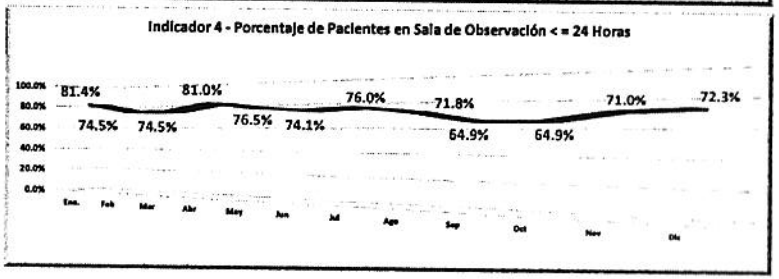


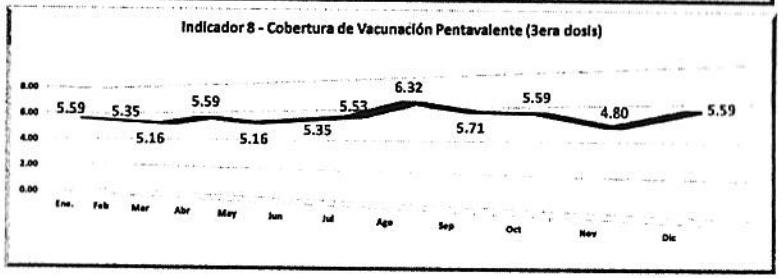






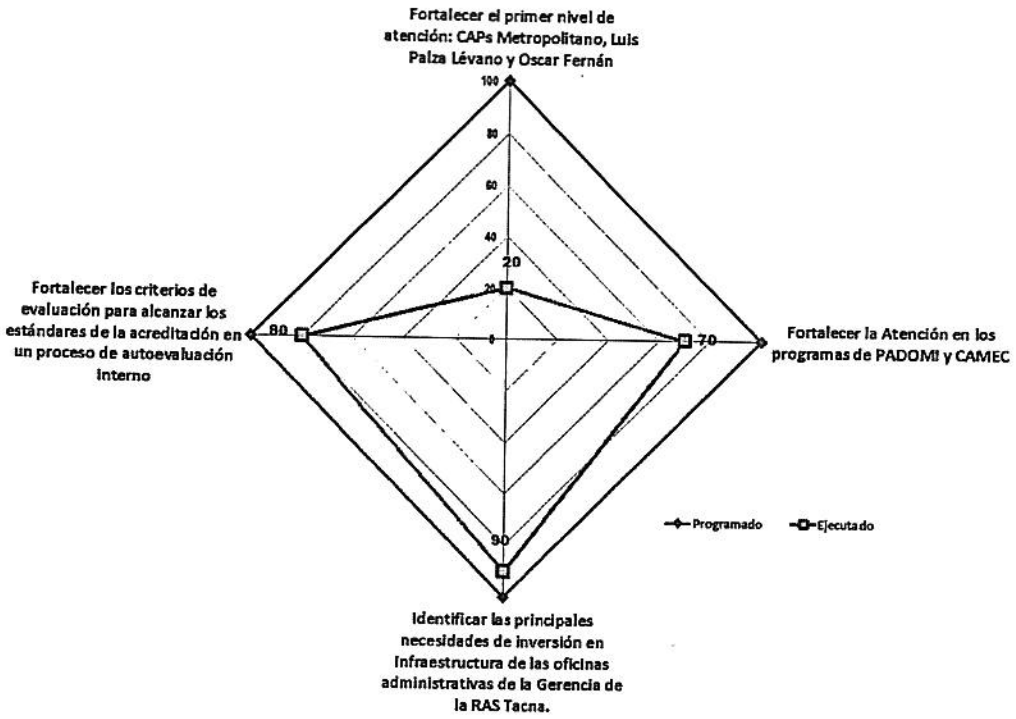






Red Asistencial TACNA

Actividades Desarrolladas para el cumplimiento de la Iniciativas de Gestión



Para: Fortalecer el primer nivel de atención: CAPs Metropolitano, Luis Palza Lévano y Oscar Fernán

- ✓ Mediante Resolución de Gerencia N° 622-GRATA-ESSALUD 2015, se aprueba la inclusión en el Plan Anual de Contrataciones de EsSalud, el sistema de video vigilancia para el primer nivel de atención.
- ✓ Se emitió la Orden de Compra N° 4502519902, en la que se solicita la contratación del servicio de video vigilancia para los Centros de Atención Primaria de la RAS Tacna, para el Proceso de adquisición de un Sistema de Video Vigilancia.
- ✓ Mediante Carta N° 017-USI-Oa-GRATA-ESSALUD-2016, presento la conformidad al servicio de implementación del Sistema de video vigilancia en los diferentes CAPs

Para: Fortalecer la Atención en los programas de PADOMI y CAMEC

- ✓ Se elaboró el diagnóstico situacional de PADOMI y CAMEC, identificando la necesidad de inversión.
- ✓ Mediante correo electrónico, se remite el Plan Director para que sea incluido en el Plan de Inversiones de EsSalud.
- ✓ Mediante el Plan Director se solicita la inscripción en el Plan de Inversiones 2013 - 2017 de EsSalud.

Para: Identificar las principales necesidades de inversión en infraestructura de las oficinas administrativas de la Gerencia de la RAS Tacna.

- ✓ Mediante Resolución N° 346-GRATA-EsSalud-2015, conformó el Comité Técnico de formulación del Plan Director de inversiones de la RAS Tacna.
- ✓ Elaboración del Plan Director de la Red Asistencial Tacna, periodo 2015 - 2025. Con fecha 02-11-2015 se envió el Plan Director a la Sede Central solicitando el total de las necesidades de infraestructura.
- ✓ Se espera que la Sede Central, considere el total de las necesidades de infraestructura de la RAS, consignadas en el Plan Director, a fin de Elaborar Plan de Trabajo.

Para: Fortalecer los criterios de evaluación para alcanzar los estándares de la acreditación en un proceso de autoevaluación interno

Red Asistencial TACNA

- ✓ Mediante Resolución N° 484-GRATA-ESSALUD-2014, se conformó el Comité de autoevaluación para la Acreditación de la RAS Tacna.
- ✓ Difusión de la Lista de Estándares de Acreditación y Plan de Autoevaluación para la Acreditación del H III Daniel Alcides Carrión. Se realizó Identificación de los criterios de evaluación para ser desarrollados e implementados en los Centros.
- ✓ Plan de Autoevaluación para la Acreditación del H III Daniel Alcides Carrión y los EESS adscritos a la Red. Elaboración del Plan de Trabajo para la evaluación interna.

Gestión de la RAS

En el mes de Enero
- ✓ Se conformó el Comité Farmacológico de la RAS Tacna
- ✓ Se conformó el Comité de Reforma de Vida Renovada – 2015, para la RAS Tacna
- ✓ Se conformó el Comité Técnico Asesor de Prevención y Control de Tuberculosis para el H III Daniel Alcides Carrión de la RAS Tacna.
- ✓ Se conformó el Comité de Prevención y Control de Tuberculosis de la RAS Tacna
- ✓ Se conformó el Comité Transfuncional del H III Daniel Alcides Carrión de la RAS Tacna.
- ✓ Se designó el Comité Medico de Auditoria de Incapacidades - COMAI de la RAS Tacna 2015-2017
- ✓ Se conformó el Comité de Tecnovigilancia de la RAS Tacna
- ✓ Se conformó el Comité de Gestión y Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios de la RAS Tacna
- ✓ Se conformó el Comité Técnico de Acuerdos y Compromiso de Gestión de la RAS Tacna
- ✓ Se conformó el Grupo de Trabajo de la Gestión del Riesgo de Desastres de la RAS Tacna

En el mes de Febrero
- ✓ Se conformó el Comité Técnico Operativo para la Implementación y Funcionamiento del Servicio Lactario Institucional para las trabajadoras de la RAS Tacna
- ✓ Se aprobó el Plan Anual de Auditoria Odontológica del H III Daniel Alcides Carrión y los CAP de la RAS
- ✓ Se conformó el Comité Técnico Asesor de Prevención y Control de ITS/VIH SIDA de la RAS Tacna
- ✓ Se conformó el Comité Técnico Asesor de Prevención y Control de Tuberculosis de la RAS Tacna
- ✓ Se conformó la Comisión Médica Evaluadora y Calificadora de hijo Mayor con Incapacidad Total y Permanente para el Trabajo - 2015

En el mes de Marzo
- ✓ Se aprobó el Plan Anual de Promoción de Donación Voluntaria de Sangre
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoría Médica del Servicio de Cirugía del H III Daniel Alcides Carrión de la RAS Tacna.
- ✓ Se conformó el Comité de Hospitalización del H III Daniel Alcides Carrión de la RAS Tacna.

En el mes de Abril
- ✓ Se conformó el Comité Técnico Asesor de Prevención y Control de ITS-VIH/SIDA del H III Daniel Alcides Carrión de la RAS Tacna.

En el mes de Mayo
- ✓ Se conformó el Comité Técnico de Formulación del Plan Director de Inversiones de la RAS Tacna

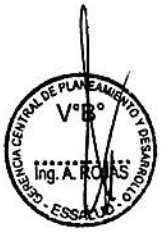
En el mes de Junio
- ✓ Se conformó el Comité Técnico Asesor para la Prevención y Control de Tuberculosis en el ámbito de la RAS Tacna 2015
- ✓ Se conformó el Comité el Grupo de Trabajo encargado de Promover el Código de Ética de la Función Pública así como el Código de Ética del Personal del EsSalud en el ámbito de la RAS Tacna
- ✓ Se conformó la Brigada de Primera Respuesta del CAP II Oscar Fernandez Dávila de la RAS Tacna.

En el mes de Julio
- ✓ Se conformó el Comité de Reforma de Vida Renovada del CAP II Metro de la RAS Tacna

En el mes de Setiembre
- ✓ Se aprobó el Plan de Trabajo para la Implementación del Sistema de Control Interno de la RAS Tacna
- ✓ Se aprobó la Implementación de las Normas de Seguridad para el Banco de Sangre del H III Daniel Alcides Carrión de la RAS Tacna
- ✓ Se conformó el Comité de Procura y Trasplante de Órganos de la RAS Tacna

En el mes de Octubre
- ✓ Se conformó el Comité Evaluador que se encargue de la Calificación, Evaluación y Elección de los ganadores del programa, concurso "Personas que Dejan Huella" en la RAS Tacna







Red Asistencial TACNA

- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria en Enfermeria de la RAS Tacna
- ✓ Se aprobó el Proyecto de Cirugía Experimental de Trasplante de Órganos y Tejidos 2015-2017, en el ámbito de la RAS Tacna
- ✓ Se conformó la Comisión de Investigación sobre la Problemática de Stock de Prótesis de Rodilla, en el H III Daniel Alcides Carrión

En el mes de Noviembre

- ✓ Se aprobó el Manual de Normas y Procedimientos de Enfermería para la Atención de Pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC), en tratamiento de Hemodiálisis, en del H III Daniel Alcides Carrión de la RAS Tacna
- ✓ Se aprobó la Guía de Procedimientos de Enfermería en el Servicio de Hemodiálisis del H III Daniel Alcides Carrión de la RAS Tacna.
- ✓ Se aprobó el Manual de Bioseguridad del Servicio de Hemodiálisis, del H III Daniel Alcides Carrión de la RAS Tacna
- ✓ Se aprobó el Manual de Procedimientos de Enfermeria del Servicio de Emergencia del H III Daniel Alcides Carrión de la RAS Tacna
- ✓ Se conformó el Comité de Investigación y Deslinde de responsabilidades sobre presunto hurto de medicamentos en el Servicio de Hemodiálisis y Quimioterapia, del H III Daniel Alcides Carrión de la RAS Tacna
- ✓ Se aprobó las Guías de Manejo de las Patologías Medicas más frecuentes del Servicio de Emergencia, del H III Daniel Alcides Carrión de la RAS Tacna
- ✓ Se aprobó el Plan de Respuesta ante Situaciones de Emergencia y Desastres, en el H III Daniel Alcides Carrión de la RAS Tacna
- ✓ Se aprobó la Guía de Atención de Practica del Servicio de Pediatría, del H III Daniel Alcides Carrión de la RAS Tacna
- ✓ Se aprobó el Manual de Procedimientos de Atención de Enfermería en el Servicio de Emergencia del H III Daniel Alcides Carrión de la RAS Tacna
- ✓ Se aprobó las Guías de Atención de Enfermería en el Servicio de Emergencia del H III Daniel Alcides Carrión de la RAS Tacna
- ✓ Se aprobó el Manual de Control y Calidad Interno del Banco de Sangre del H III Daniel Alcides Carrión de la RAS Tacna
- ✓ Se designó el Equipo de Evaluadores Internos del H III Daniel Alcides Carrión de la RAS Tacna
- ✓ Se designó el Comité de Autoevaluación para el proceso de Acreditación de la RAS Tacna
- ✓ Se conformó el Grupo de Trabajo encargado de promover el Código de Ética de la función pública así como el Código de Ética del Personal del Seguro Social de Salud, en el ámbito de la RAS Tacna
- ✓ Se aprobó el Plan de Control de Infecciones en Tuberculosis 2015 - 2017, del H III Daniel Alcides Carrión de la RAS Tacna
- ✓ Se designó al profesional autorizado para el Centro de Validación de la Incapacidad Temporal (CEVIT), periodo 2015 – 2016, de la RAS Tacna
- ✓ Se constituyó el Primer Círculo por los Derechos y la Humanización de la RAS Tacna

En el mes de Diciembre

- ✓ Se conformó el Comité de Referencia y Contrarreferencias del H III Daniel Alcides Carrión de la RAS Tacna.
- ✓ Se conformó el Círculo de Derechos y Humanización del CAP II Oscar Fernandez Dávila, de la RAS Tacna
- ✓ Se aprobó el Plan de Contingencia ante Emergencias y Desastres en el H III Daniel Alcides Carrión de la RAS Tacna.
- ✓ Se conformó el Comité de Reforma de Vida Renovada del CAP III Luis Palza Lévano de la ras Tacna
- ✓ Se conformaron los Equipos de Conteo y Reconteo para la Toma de Inventario Físico de Existencial en el Almacén Central, Farmacia y Depósitos de la RAS Tacna.
- ✓ Se conformó la Comisión de Inventario Físico de Existencias en el Almacén Central de la RAS Tacna
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Odontológica 2016, de la RAS Tacna
- ✓ Se conformó el Comité de Bioseguridad de Hemodiálisis 2016, del HIII Daniel Alcides Carrión de la RAS Tacna.
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria en Enfermería 2016, del HIII Daniel Alcides Carrión de la RAS Tacna.
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria en Enfermería de Atención Primaria 2016, en los CAS de la RAS Tacna

Principales Gastos Logísticos (PAC – 2015)

Descripción (*)	Tipo de proceso	Valor estimado S/.
Compra anual de material para arteriografia de la RAS Tacna	ADS	106,794.00

Red Asistencial TACNA

Compra de insumos de laboratorio para banco de sangre (12 meses)	LP	344,640.00
Compra de insumos de laboratorio para bioquímica (12 meses)	LP	742,000.00
Compra de insumos de laboratorio para la RAS Tacna inmunologia	LP	459,472.00
Compra de material radiológico para la RAS Tacna	ADS	140,558.00
Compra de pinzas de recorte y sellado de vasos descartables para la RAS Tacna	ADS	136,330.00
Compra de repuestos y materiales para el mantenimiento equipos biomédicos de la RAS Tacna	ADP	117,714.00
Compra local de insumos DIPAC para paciente continuadores delegación compra local febrero 2015 para la RAS Tacna - sistema andy disc 2.0 l	AMC	100,640.10
Compra local de insumos DIPAC para pacientes continuadores delegación compra local marzo 2015 para la RAS Tacna	AMC	121,549.33
Compra local de medicamentos para la RAS Tacna:-cetuximab 5 mg/ml x 20 ml -sunitinib 25 mg	ADS	118,540.80
Contratación del servicio de lavandería para la RAS Tacna - por 3 meses	ADP	276,225.60
Contratación del servicio de lavandería por 12 días para la RAS Tacna	AMC	258,831.02
Contratación del servicio de mantenimiento de equipos biomédicos e instalaciones estratégicas de la RAS Tacna - por 06 meses.	ADP	375,120.00
Contratación del servicio de módulos de atención al asegurado para la RAS Tacna (12 meses)	CP	475,560.72
Contratación del servicio de transporte aéreo para la RAS Tacna.	CP	4,262,607.60
Contratación del servicio de transporte terrestre para los pacientes de la RAS Tacna (12 meses)	CP	1,100,000.00
Servicio de alimentación para la RAS Tacna - por 3 meses.	ADP	399,974.68
Servicio de impresión de formatos para la RAS Tacna	ADS	129,450.00
Servicio de mantenimiento de equipos médicos para la RAS Tacna (12 meses)	CP	815,000.00
Servicio de mantenimiento especializado por 6 meses para el tomógrafo de 4 cortes marca: Toshiba, modelo: asteion súper 4 de la RAS Tacna	ADS	147,615.00
Suministro de combustible unidades móviles RAS Tacna	ADS	120,952.80
Total		10'749,575.65

(*) Periodos de 12 meses

Principales Cursos Talleres llevados a cabo

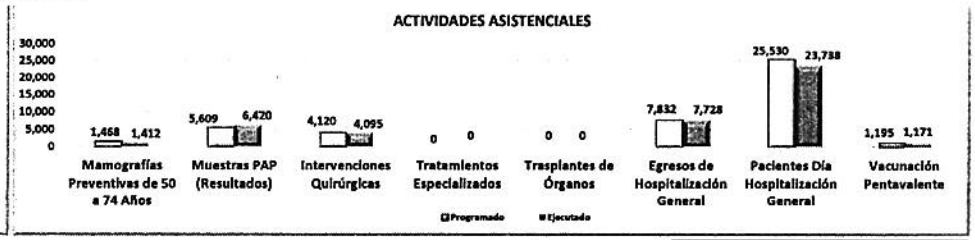
1. Uso racional de medicamentos, dirigido a 17 Participantes (S/. 2,000)
2. Ventilación mecánica pediátrica y neonatal, dirigido a 20 Participantes (S/. 3,600)
3. Curso SBT y C: soporte básica del trauma y colectivas por la escuela de emergencia, dirigido a 30 Participantes (S/. 6,280)
4. Transporte del paciente crítico, por la escuela de emergencia, dirigido a 40 Participantes (S/. 6,080)
5. Bioseguridad y manejo de barreras de protección, dirigido a 318 Participantes (S/. 6,500)
6. Actualización de normas procedimientos y uso correcto de las guías para la emisión de CITT y días de incapacidad, dirigido a 82 Participantes (S/. 3,300)
7. Difusión de la norma para el proceso de referencia y Contrarreferencias en EsSalud y la problemática actual en los centros de atención primaria, dirigido a 32 Participantes (S/. 553)
8. Primeros auxilios y formación de brigadas, dirigido a 35 Participantes (S/. 5,800)
9. Ley de contrataciones y adquisiciones del estado y su reglamento y gestión de las contrataciones públicas de bienes y servicios, dirigido a 35 Participantes (S/. 11,000)
10. Transparencia y Ética, dirigido a 90 Participantes (S/. 7,500)
11. Sensibilización de la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, dirigido a 122 Participantes (S/. 14,927)

Evaluación del Plan Operativo Institucional 2015 - Desagregado
Red Asistencial TARAPOTO

ACTIVIDADES OPERATIVAS - ASISTENCIALES

	PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD	UNIDAD DE MEDIDA	Al IV Trimestre		Cumplimiento %
			Programado	Ejecutado	
1	Consultas en el Primer Nivel	Consultas	17,565	17,506	100%
2	Consultas en el II y III Nivel	Consultas	161,810	164,334	102%
3	Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años	Mamografías preventivas con resultado	1,468	1,412	96%
4	Muestras PAP (Resultados)	Exámenes PAP con resultado	5,609	6,420	114%
5	Intervenciones Quirúrgicas	Intervenciones Quirúrgicas	4,120	4,095	99%
6	Tratamientos Especializados	Tratamientos Especializados	0	0	0%
7	Trasplantes de Órganos	Trasplantes	0	0	0%
8	Egresos de Hospitalización General	Egresos	7,832	7,728	99%
9	Pacientes Día Hospitalización General	Paciente día	25,530	23,738	93%
10	Vacunación Pentavalente	Vacunas (3ª dosis)	1,195	1,171	98%
11	Otros servicios de Salud				
11.1	Charla en Salud	Charlas	681	739	109%
11.2	Taller de Salud	Sesiones	146	158	108%
11.3	Psicoprofilaxis	Sesiones	465	482	104%
11.4	Campaña de Salud	Campañas	2	2	100%
11.5	Actividad Masiva de Comunicación	Eventos	29	33	114%
11.6	Visita Domiciliaria	Visitas	605	592	98%
11.7	Reforma de Vida	Sesiones	604	762	126%







Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel >= 100% son: Consultas en el PN (100%), Consultas en el II y III Nivel (102%) y Muestras PAP (114%). Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel de avance por debajo del 95% son las referidas a: Pac. Día Hospitalización Gral. (93%).

De las 07 Actividades denominadas Otros Servicios de Salud, seis (06) muestran un avance >=100% y una (01) se encuentran con un nivel de avance mayor al 95% siendo estas: Visita Domiciliaria (98%).

INICIATIVA DE GESTIÓN	AVANCE POI - 2015						MALO	Hitos ejecutados				
Actividades	Responsable	Fec. Ini. ReProg	Fec. Fin ReProg	Valor %	Valor ganado	Valor planeado	Index Peso actual	N° HITOS	SI (100%)	NO (0 %)	AVANCE	%
(15)184.Mejorar la atención médica del paciente hospitalizado en el Servicio de Gineco Obstetricia del H II Tarapoto.	David Miguel Gonzales	02-ene	31-dic	100	17.5	100	0.175	8	1	6	1	12.50%
(15)185.Mejorar la atención médica en el Servicio de Emergencia del H I Juanjui	Elisares Anhuaman	02-ene	31-dic	100	68	100	0.68	5	1	1	3	20.00%
(15)186.Disminuir las hospitalizaciones evitables en el H II Tarapoto	Pablo Alegre	02-ene	31-dic	100	74.8	100	0.748	5	3	0	2	60.00%
(15)187.Implementar acciones para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de las ITS-VIH/SIDA	Luis Diaz	02-ene	31-dic	100	63.75	100	0.6375	9	3	1	5	33.33%
(15)188.Implementar acciones para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis	Amelia Castillon	02-ene	30-dic	100	57.5	100	0.575	13	4	3	6	30.77%
Iniciativa de Gestión		02-ene	31-dic	100	56.31	100.00		40	12	11	17	30.00%

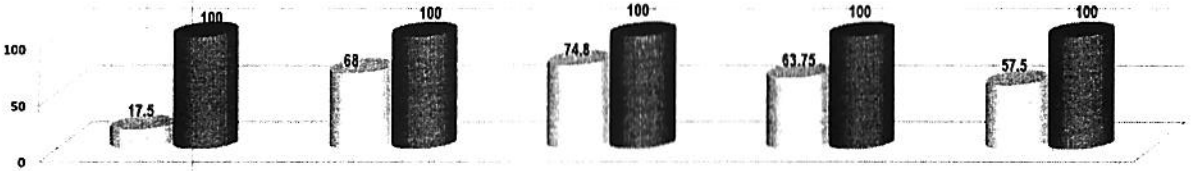
1)Mediante Resolución N° 157-D-RATAR-ESSALUD-2015, se conformó el Comité de Hospitalización del H II Tarapoto y H I Juanjui. 2)Se realizó la Evaluación inicial para medir la satisfacción del paciente hospitalizado mediante encuesta.

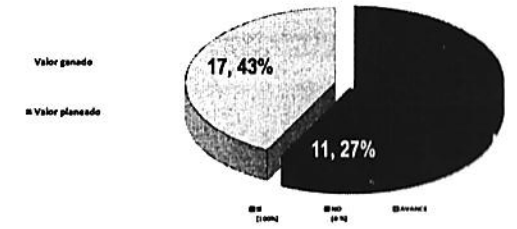
A fin de mejorar la atención médica en el Servicio de Emergencia del H I Juanjui, desde el mes de mayo 2015 se implementó el Servicio de Emergencia con Protocolos y Guías de Atención las cuales están siendo utilizadas por el personal médico.

1) Se determinó la tasa de hospitalizaciones evitables esperadas en el H II Tarapoto. 2)Se realizó la programación de atenciones PADOMI General, Especializado y Medicina Alternativa. 3) Se realizó capacitación a cuidadores informales de pacientes de PADOMI General, Especializado y Medicina Alternativa. Las capacitaciones se realizaron en noviembre.

1) Se realizaron Reuniones Técnicas sobre manejo integral del Paciente con ITS-VIH/SIDA dirigido a médicos. 2)Se realizó la impresión de documentos técnicos y Material Educativo. 3)Se realizó la elaboración de Especificaciones técnicas para la adquisición de pruebas rápidas y equipamiento

1)Resolución N° 55-D-RATAR-EsSalud-2015, se designa a la Coordinadora del Programa de Prevención y Control de la TBC. 2)Resolución N° 55-D-RATAR-EsSalud-2015, se conformó el Comité Técnico Asesor de la Red Asistencial. 3)Se Elaboró y Ejecutó del Plan Comunicacional por el día Mundial de lucha contra la TB. 4)Impresión de documentos técnicos y Material Educativo. 5)Se Adquirió cabinas recolectoras y cajas de trasporte de muestras para los EE.SS de la Red Asistencial.





Patron de Comportamiento de los Indicadores del POI - FONAFE de la Red Asistencial TARAPOTO

1. Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva del I Nivel de Atención	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Ratio	0.12	0.11

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

2. Diferimiento de Citas Consulta Externa pacientes referidos del I al III Nivel	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	15	15

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

3. Promedio de Permanencia en Hospitalización General	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	3.16	3.16

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

4. Porcentaje de Pacientes en Sala de Observación < = 24 Horas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Porcentaje (%)	89.05%	89.05%

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

5. Tiempo de Espera de Intervención Quirúrgica	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	5	5

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

6. Cobertura de Tamizaje de Cancer de Cuello Uterino	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	27.50%	19.66%

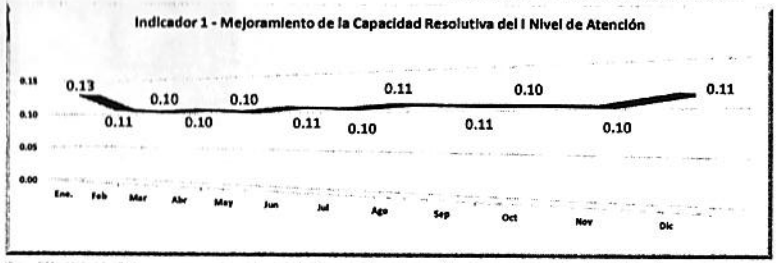
Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

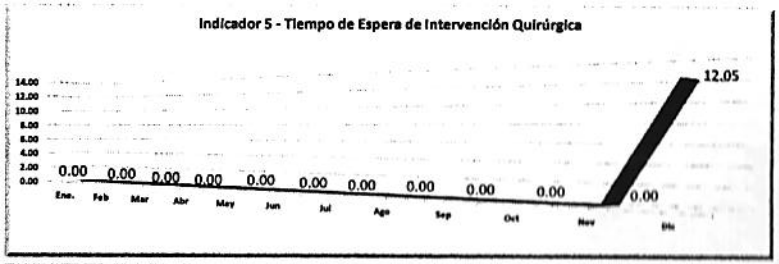
7. Cobertura de Tamizaje de Mamografías Preventivas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	30.00%	18.87%

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

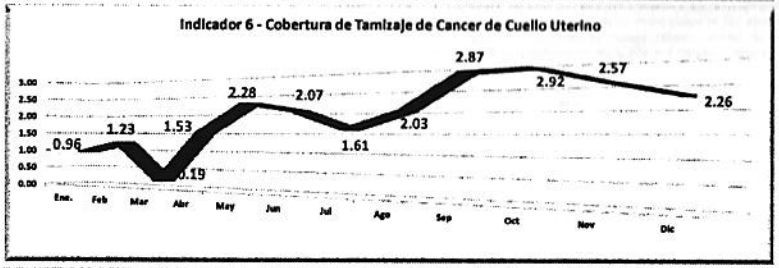
8. Cobertura de Vacunación Pentavalente (3era dosis)	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	85.00%	73.99%

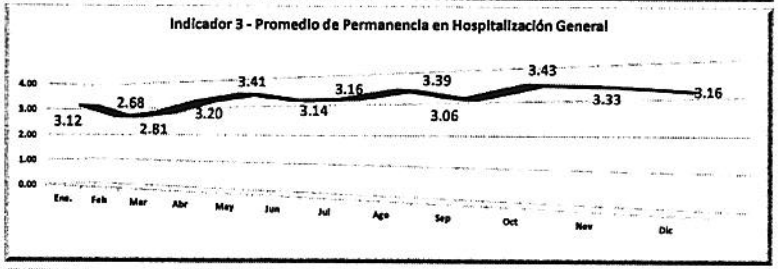
Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

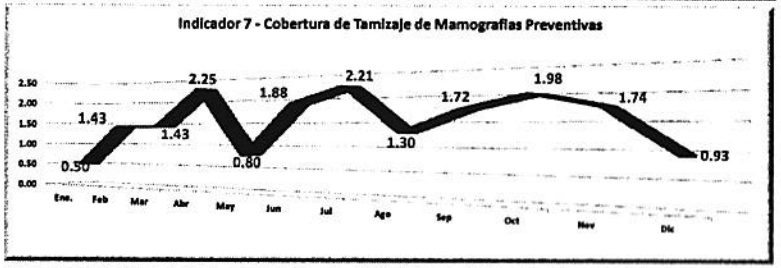


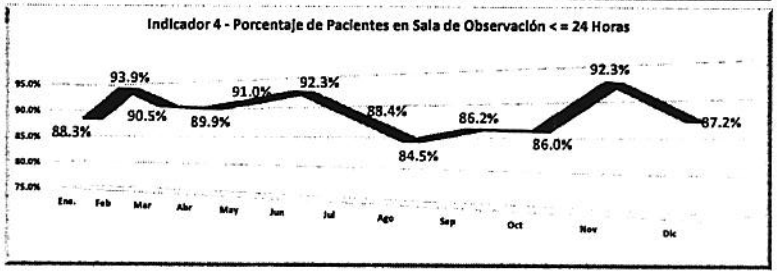


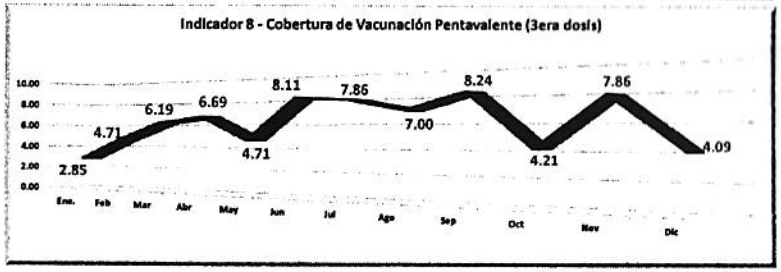






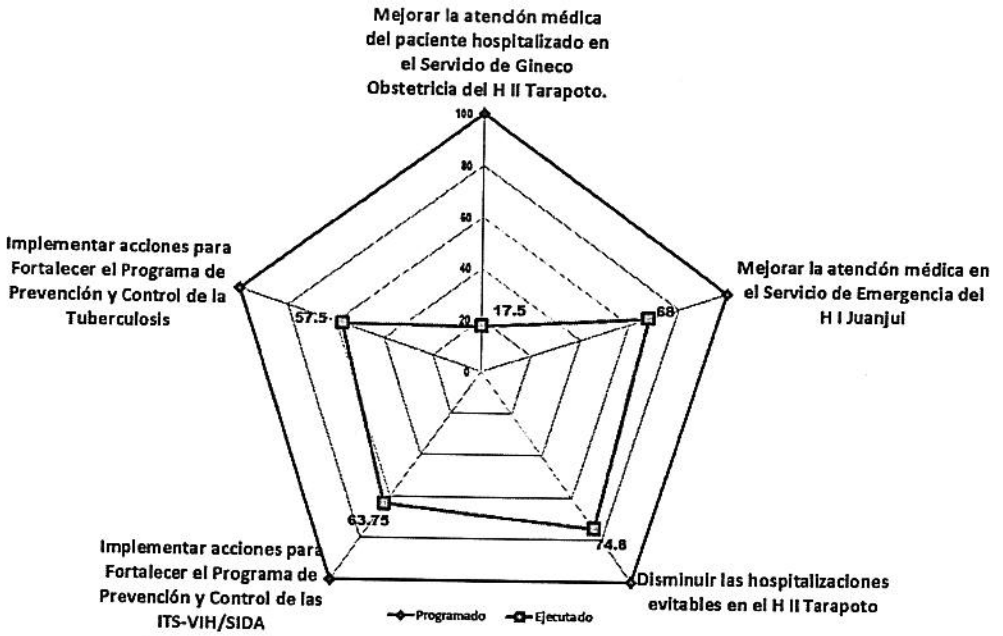






Red Asistencial TARAPOTO

Actividades Desarrolladas para el cumplimiento de la Iniciativas de Gestión



Para: Mejorar la atención médica del paciente hospitalizado en el Servicio de Gineco Obstetricia del H II Tarapoto.

- ✓ Mediante Resolución N° 157-D-RATAR-ESSALUD-2015, se conformó el Comité de Hospitalización del H II Tarapoto y H I Juanjui.
- ✓ Se realizó la Evaluación inicial para medir la satisfacción del paciente hospitalizado mediante encuesta.

Para: Mejorar la atención médica en el Servicio de Emergencia del H I Juanjui

- ✓ Se adquirió los principales guías de práctica clínica y de protocolos de manejo médico-quirúrgico con el fin de Implementar el uso de los principales guías de prácticas clínicas y de protocolos de manejo médico.

Para: Disminuir las hospitalizaciones evitables en el H II Tarapoto

- ✓ Se determinó la tasa de hospitalizaciones evitables esperadas en el H II Tarapoto.
- ✓ Se realizó la programación de atenciones PADOMI General, Especializado y Medicina Alternativa.
- ✓ Se realizó capacitación a cuidadores informales de pacientes de PADOMI General, Especializado y Medicina Alternativa. Las capacitaciones se realizaron en noviembre.

Para: Implementar acciones para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de las ITS-VIH/SIDA

- ✓ Se realizaron Reuniones Técnicas sobre manejo Integral del Paciente con ITS-VIH/SIDA dirigido a médicos.
- ✓ Se realizó la impresión de documentos técnicos y Material Educativo.
- ✓ Se realizó la elaboración de Especificaciones técnicas para la adquisición de pruebas rápidas y equipamiento.

Para: Implementar acciones para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis

- ✓ Mediante Resolución N° 55-D-RATAR-EsSalud-2015, se designa a la Coordinadora del Programa de Prevención y Control de la TBC.
- ✓ Mediante Resolución N° 55-D-RATAR-EsSalud-2015, se conformó el Comité Técnico Asesor de la Red Asistencial.
- ✓ Se Elaboró y Ejecutó del Plan Comunicacional por el día Mundial de lucha contra la TB.
- ✓ Se realizó la Impresión de documentos técnicos y Material Educativo.
- ✓ Se Adquirió cabinas recolectoras y cajas de trasporte de muestras para los EE.SS de la Red Asistencial.

Red Asistencial TARAPOTO

Gestión de la RAS

En el mes de Enero
- ✓ Se conformó el Comité de Prevención y Análisis de Mortalidad Materna de la RAS Tarapoto
- ✓ Se conformó el Comité de Gestión y Manejo de Residuos Sólidos H II Tarapoto
- ✓ Se conformó el Comité de Reforma de Vida Renovada de la RAS Tarapoto

En el mes de Febrero
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Medica - 2015 de la RAS Tarapoto
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Odontología – 2015, de la RAS Tarapoto.
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Medica de la RAS Tarapoto
- ✓ Se conformó el Comité Medica Calificadora de Incapacidades – COMAI - 2015, de la RAS Tarapoto
- ✓ Se conformó el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente en el H II Tarapoto-2015
- ✓ Se aprobó el Plan Anual de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalaria

En el mes de Mayo
- ✓ Se conformó el Comité de Capacitación Docencia e Investigación
- ✓ Se reconformó los miembros de la Comisión ad hoc de Hemodiálisis
- ✓ Se conformó el Comité Técnico Asesor del H II Tarapoto, para la Prevención y Control de la TB

En el mes de Abril
- ✓ Se conformó el Comité de Farmacovigilancia del H II Tarapoto y H I Juanjui

En el mes de Mayo
- ✓ Se aprobó el Plan de Gestión y Manejo de Residuo Sólido del H II Tarapoto
- ✓ Se aprobó el Plan Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo

En el mes de Junio
- ✓ Se modificó los miembros del Comité de Hospitalización del H II Tarapoto

En el mes de Julio
- ✓ Se conformó el Comité Técnico de Evaluación de los Acuerdos y Compromisos de Gestión - 2015
- ✓ Se aprobó el Programa de Trabajo para la Elaboración del Diagnóstico del Sistema del Control Interno
- ✓ Se conformó el Comité Farmacológico

En el mes de Agosto
- ✓ Se reconformó el Comité de Hospitalización del H II Tarapoto y H I Juanjui

En el mes de Setiembre
- ✓ Se conformó el Comité Técnico Operativo del Servicio de Lactario Institucional para los trabajadores de la RAS Tarapoto
- ✓ Se conformó el Comité Local de Control de Infecciones Intrahospitalaria
- ✓ Se conformó el Comité Farmacovigilancia
- ✓ Se conformó el Comité de Referencia y Contrarreferencia de la RAS Tarapoto
- ✓ Se modificó el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente de la RAS Tarapoto
- ✓ Se aprobó el Plan de Respuesta ante Situaciones de Emergencias y Desastres del H II Tarapoto
- ✓ Se aprobó el Plan de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente -2015 de la RAS Tarapoto.
- ✓ Se conformó el Comité Evaluador del Programa de Personas que Dejan Huellas.

En el mes de Octubre
- ✓ Se conformó el Comité de Seguridad en el Trabajo
- ✓ Se conformó el Comité de Ética e Investigación y Comité de Investigación, RAS Tarapoto
- ✓ Se aprobó el Manual de Procedimientos de la Unidad Productora del Servicio de Farmacia
- ✓ Se conformó el Comisión Médica Calificadora de Incapacidad – CMCI

En el mes de Noviembre
- ✓ Se conformó la Junta de Evaluación Médica para Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Nuevo o en Programa de la RAS Tarapoto
- ✓ Se conformaron las Brigadas de Emergencia y Desastres del H II Tarapoto de la RAS Tarapoto

En el mes de Diciembre
- ✓ Se conformé el Comité de Mejora Continua, de la RAS Tarapoto
- ✓ Se conformé el Comité de Auditoria Odontológica, de la RAS Tarapoto
- ✓ Se conformé el Comité de Medica 2016, de la RAS Tarapoto
- ✓ Se aprobaron los proyectos de Mejora Continua de Calidad del Servicio de Emergencia y Pacientes
- ✓ Se conformaron los Equipos de Conteo y Reconteo para la Toma de Inventario Físico de Existencial en el Almacén Central, Farmacia y Depósitos de la RAS Tarapoto.

Red Asistencial TARAPOTO

- ✓ Se designó al coordinador para la atención de solicitudes de acceso a la Información
- ✓ Se aprobó el Plan de Contingencia del Fenómeno del Niño 2015 – 2016, del H II Tarapoto, de la RAS Tarapoto.
- ✓ Se conformó el Comité Técnico de Evaluación de Acuerdos de Gestión de la RAS Tarapoto.

Principales Gastos Logísticos (PAC – 2015)

Descripción (*)	Tipo de proceso	Valor estimado S/.
Adquisición de bidones de agua solo liquidos	AMC	27,500.00
Adquisición de insumos DIPAC	AMC	72,922.14
Adquisición de insumos DIPAC para pacientes continuadores delegados a compra local-sistema ultrabag	AMC	36,461.07
Adquisición de insumos DIPAC solución para diálisis peritoneal	AMC	36,461.07
Adquisición de llantas y accesorios	ADS	128,150.00
Adquisición de material odontológico	ADS	81,650.56
Adquisición de material traumatológico	ADS	133,446.85
Adquisición de medicamentos-insumos DIPAC	AMC	36,461.07
Contratación del servicio de arrendamiento de inmueble para la PM Saposoa	AMC	21,600.00
Contratación del servicio de mantenimiento de la sub estación eléctrica del H I Juanjui de la RAS Tarapoto	AMC	29,999.99
Contratación del servicio de tele-electrocardiografía	AMC	14,016.00
Contratación del servicio de transporte terrestre interprovincial de pacientes para la RAS Tarapoto	AMC	529,424.00
Mantenimiento y reparación de equipos	ADP	321,756.00
Material de limpieza	ADS	42,162.00
Pasajes nacionales aéreos	CP	4,892,073.36
Servicio de alimentación	AMC	975,058.08
Servicio de alquiler de local para la PM Bellavista	AMC	27,600.00
Servicio de arrendamiento de inmueble para la PM Lamas	AMC	15,252.00
Servicio de impresiones de formatos de la RAS Tarapoto	ADS	89,000.00
Servicio de lavandería	CP	477,093.60
Servicio de mensajería y correspondencia	AMC	20,360.00
Servicio mantenimiento y conservación de infraestructura	AMC	54,264.00
Servicio mantenimiento y reparación de vehículos	AMC	92,000.00
Solución para diálisis peritoneal	AMC	36,461.07
Total		8'191,172.86

(*) Periodos de 12 meses

Principales Cursos Talleres llevados a cabo

1. Curso de soporte vital básico y avanzando I, dirigido a 40 Participantes (S/. 7,230)
2. Curso de soporte vital básico y avanzado II, dirigido a 20 Participantes (S/. 5,620)
3. Soporte básico y avanzado del trauma, colectivas y masivas, dirigido a 40 Participantes (S/. 5,120)
4. Humanización en la atención de pacientes, dirigido a 80 Participantes (S/. 3,940)
5. Taller de los procesos de centro quirúrgico y URPA, dirigido a 44 Participantes (S/. 3,190)
6. Taller de buenas prácticas de almacenamiento, dirigido a 30 Participantes (S/. 2,690)
7. Taller de normatividad vigente del sistema logístico, dirigido a 50 Participantes (S/. 3,250)

V°B° V. REYNA Gerente – ESSALUD

V°B° Ing. A. ROJAS – ESSALUD

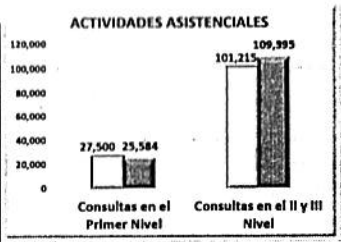
V°B° Econ. A. Verástegui SubGerente – ESSALUD

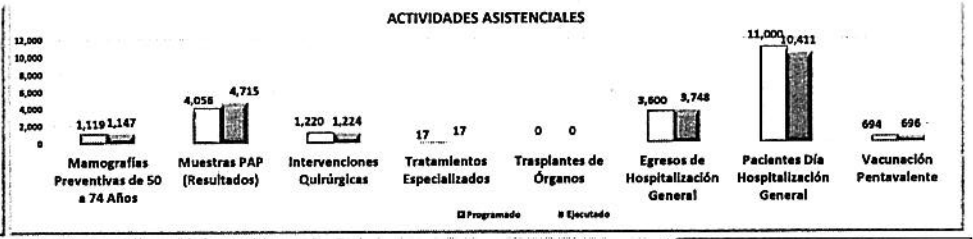
Evaluación del Plan Operativo Institucional 2015 - Desagregado

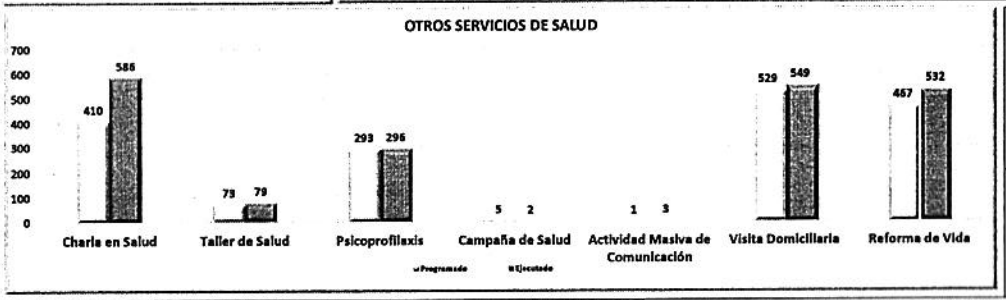
Red Asistencial TUMBES

ACTIVIDADES OPERATIVAS - ASISTENCIALES

	PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD	UNIDAD DE MEDIDA	Al IV Trimestre		Cumplimiento %
			Programado	Ejecutado	
1	Consultas en el Primer Nivel	Consultas	27,500	25,584	93%
2	Consultas en el II y III Nivel	Consultas	101,215	109,395	108%
3	Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años	Mamografías preventivas con resultado	1,119	1,147	103%
4	Muestras PAP (Resultados)	Exámenes PAP con resultado	4,058	4,715	116%
5	Intervenciones Quirúrgicas	Intervenciones Quirúrgicas	1,220	1,224	100%
6	Tratamientos Especializados	Tratamientos Especializados	17	17	100%
7	Trasplantes de Órganos	Trasplantes	0	0	0%
8	Egresos de Hospitalización General	Egresos	3,600	3,748	104%
9	Pacientes Día Hospitalización General	Paciente día	11,000	10,411	95%
10	Vacunación Pentavalente	Vacunas [3ª dosis]	694	696	100%
11	Otros servicios de Salud				
11.1	Charla en Salud	Charlas	410	586	143%
11.2	Taller de Salud	Sesiones	73	79	108%
11.3	Psicoprofilaxis	Sesiones	293	296	101%
11.4	Campaña de Salud	Campañas	5	2	40%
11.5	Actividad Masiva de Comunicación	Eventos	1	3	300%
11.6	Visita Domiciliaria	Visitas	529	549	104%
11.7	Reforma de Vida	Sesiones	467	532	114%







Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel >= 100% son: Consultas en el II y III Nivel (108%), Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años (103%), Muestras PAP (116%), Interv.Qx. (100%), Tratamientos Especializados (100%), Egresos de Hospitalización Gral. (104%) y Vacunación Pentavalente (100%). Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel de avance por debajo del 95% son las referidas a: Consultas en el PN (93%).

De las 07 Actividades denominadas Otros Servicios de Salud, seis (06) muestran un avance >=100% y una (01) Campaña de Salud (40%)

INICIATIVA DE GESTIÓN	AVANCE POI - 2015			BUENO				Hitos ejecutados				
Actividades	Responsable	Fec. Ini. ReProg	Fec. Fin ReProg	Valor %	Valor ganado	Valor planeado	Index Proy Actual	N° HITOS	SI [100%]	NO [0 %]	AVANCE	Cumplimiento %
(15)189.Realizar Alianzas Estrategicas con Instituciones de Salud (Hospital Regional II-2 Tumbes)	Oscar Sandoval	04-may	31-dic	100	100	100	1	5	5	0	0	100.00%
(15)190.Realizar la Vigilancia de la Salud Ocupacional del Trabajador de los EESS de la RAS	Oscar Sandoval	22-jun	22-dic	100	73.75	100	0.7375	6	2	1	3	33.33%
(15)191.Disminuir los Riesgos Ocupacionales y de los Accidentes de Trabajo en el H I Carlos Cortez J	Juvitza Rios	15-jun	20-dic	100	100	100	1	5	5	0	0	100.00%
(15)192.Implementar acciones para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis	Omar Salazar	16-mar	29-dic	100	85	100	0.85	14	12	2	0	85.71%
(15)193.Implementar Acciones para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de las ITS-VIH/SIDA	Omar Salazar	04-jun	28-dic	100	90	100	0.9	9	8	1	0	88.89%
(15)194.Realizar la Autoevaluación y tramitación para la acreditación de los EESS de la RAS Tumbes	Oscar Sandoval	09-mar	30-nov	100	31	100	0.31	7	3	3	1	42.86%
Iniciativa de Gestión		09-mar	31-dic	100	79.96	100.00	0.7996	46	35	7	4	76.09%

□ Mediante Carta N°04.23.02.15.SINDI CUT, adjunta el Acta del proceso electoral del Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo (22-02-2015), se ha reelegido a 4 representantes y 6 suplentes.

1)Carta 41-UIS-RATU-ESSALUD-2015, de fecha 15-12-2015, lista de identificación de peligros, evaluación de riesgos y control (IPERC) y matriz de normas legales y otros requisitos. 2) Carta 001-CPV-CE-HI RATU-ESSALUD-2015, resultado de control pre vacacional alcanzando listado de 11 riesgos y enfermedades ocupacionales en la RED (Sedentarismo, obesidad, dislipidemias, estrés laboral, lumbalgias, HTA, tendinitis, DM, asma bronquial, hiper o hipotiroidismo y cáncer).

1)Resolución -DR-RATU-ESSALUd-2015, se conformó el Equipo de Salud Ocupacional y coordinación con el Comité de Seguridad. 2)Carta 41-UIS-RATU-ESSALUD-2015, se alcanzó la lista de identificación de Peligros de Riesgos y Control (IPERC): Mecánicos (9 variables), Locativos (9 variables), Eléctricos (4 variables), Físico-Químicos (3 variables), Físicos (6 variables), Químicos (4 variables), Biológicos (5 variables), Ergonómicos (5

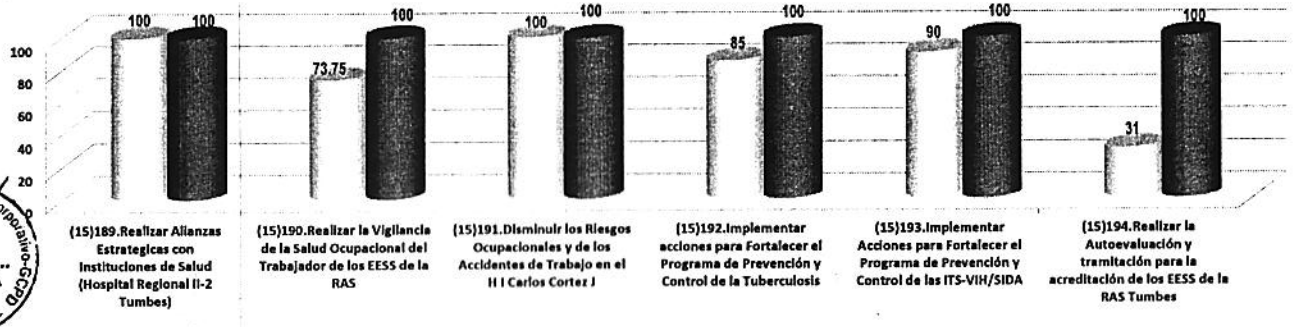
1)Resolución de Dirección de Red N° 966-DR-RATU-2014, del 12-10-2014, se conformó el Comité responsable del Programa de Prevención y Control de TBC de la Red Asistencial. 2)Informe Operacional 2015 TBC, tenemos 5584 Sintomáticos respiratorios (SR) >15 años atendidos, 470 SR identificados, 462 SR Examinados, 13 nuevos casos (8 pulmonar y 5 extrapulmonar), 1 recaída, 63 contactos censados y 60 contactos examinados

1)Mediante Resolución N° 064-DR-RATU-EsSalud-2015, del 10-06-2015, se conformó el Comité de HIV/SIDA de la Red Asistencial Tumbes. 2)Para implementar y Fortalecer el Programa de Prevención y Control de las ITS-VIH/SIDA, se cuenta con material educativo impreso (Realizado por la Red Asistencial)

Mediante Resolución N° 019-DR-RATU-EsSalud-2015, de fecha 09-03-2015, se conformó el Comité de Autoevaluación para la Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de la RED

Mediante Resolución N° 409-DR-RATU-EsSalud-2015, de fecha 21.04.2015, se aprobó el Plan de Trabajo de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Carlos A. Cortez Jimenez

Mediante Acta de Asistencia Técnica, del 29-05-2015, el equipo de calidad de la DIRESA Tumbes, deja constancia de capacitación del Proceso de Inducción al Comité de Autoevaluación para la acreditación del Hospital Carlos A. Cortez Jimenez.





Patron de Comportamiento de los Indicadores del POI - FONAFE de la Red Asistencial TUMBES

1. Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva del I Nivel de Atención	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Ratio	0.24	0.27

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

2. Diferimiento de Citas Consulta Externa pacientes referidos del I al III Nivel	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	15	15

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

3. Promedio de Permanencia en Hospitalización General	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	2.49	2.49

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

4. Porcentaje de Pacientes en Sala de Observación < = 24 Horas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Porcentaje (%)	97.81%	97.81%

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

5. Tiempo de Espera de Intervención Quirúrgica	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	39	30

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

6. Cobertura de Tamizaje de Cancer de Cuello Uterino	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	27.50%	20.53%

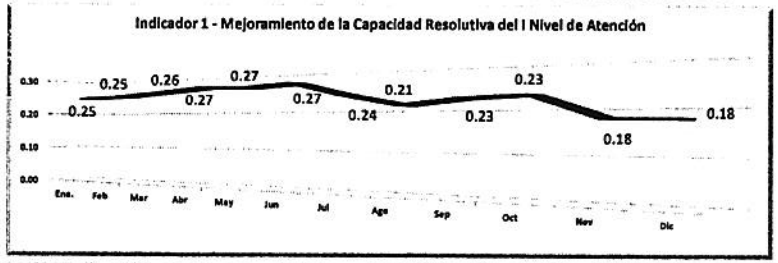
Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

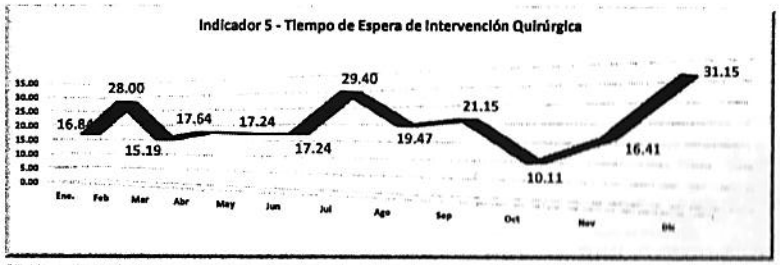
7. Cobertura de Tamizaje de Mamografías Preventivas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	21.80%	19.67%

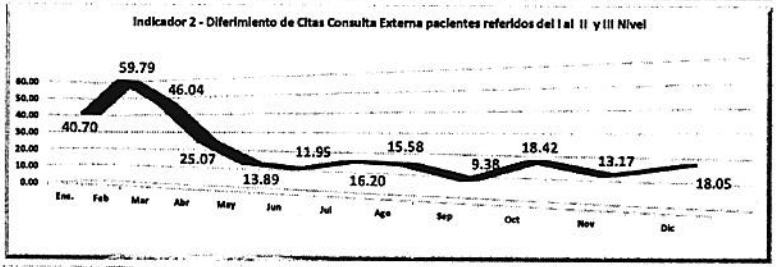
Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

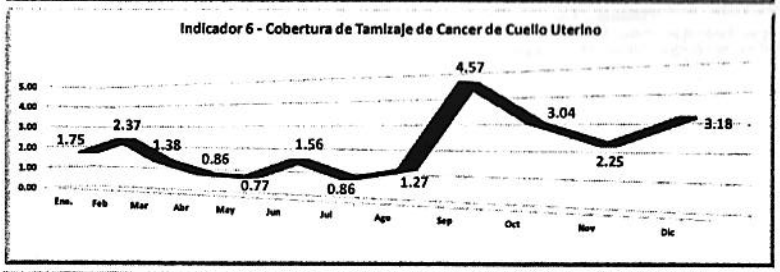
8. Cobertura de Vacunación Pentavalente (3era dosis)	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	85.00%	63.15%

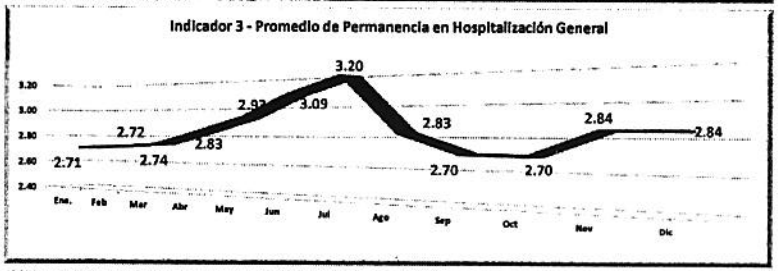
Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

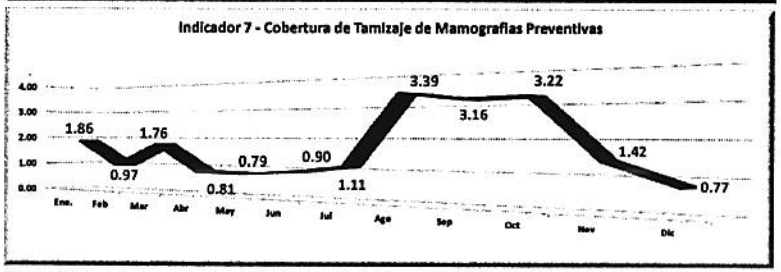


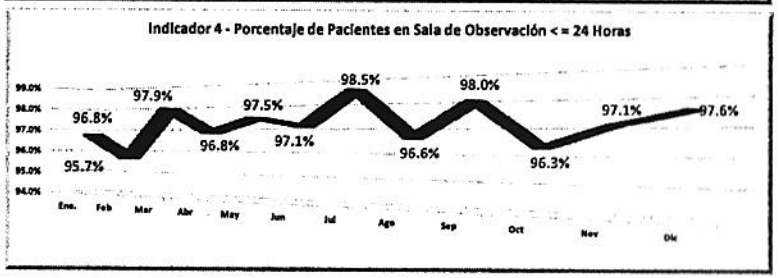


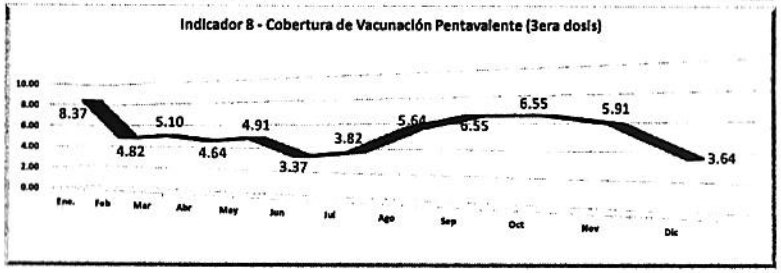






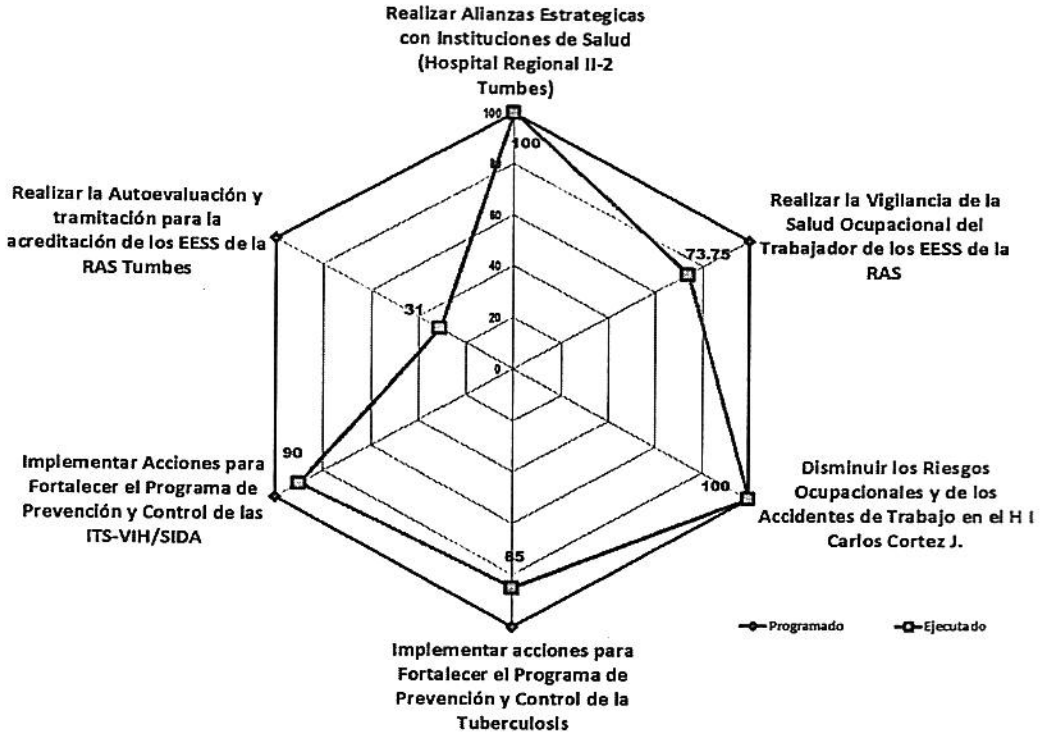






Red Asistencial TUMBES

Actividades Desarrolladas para el cumplimiento de la Iniciativas de Gestión



Para: Realizar Alianzas Estratégicas con Instituciones de Salud (Hospital Regional II-2 Tumbes)

- ✓ Mediante Carta 21-URCR-DR-EATU-ESSALUD-2016, el Jefe de Referencias alcanza diagnostico situacional de las necesidades de especialidades con las que no cuenta la RAS / H II-2 – MINSA.

N°	Servicio	Cantidad	%
1	Dermatología	1153	12%
2	Urología	1054	11%
3	Oftalmología	897	9%
4	Gastroenterología	711	7%
5	Endocrinología	626	6%
6	Otorrinolaringología	420	4%
7	Neurología	391	4%
8	Cardiología	372	4%
9	Neurocirugía	366	4%
10	Psiquiatría	329	3%
11	Nefrología	322	3%
12	Ortopedia y Traumatología	315	3%
13	Cirugía de Tórax y Cardiovascular	312	3%
14	Otras especialidades	2424	25%
Total		9692	100%

- ✓ Se implementó mecanismo por medio de Órdenes de Compra para las prestaciones
- ✓ Mediante Memorando 010-DR-RATU-ESSALUD-2016, la Dirección del Hospital comunica que no se ha podido suscribir el convenio entre la RAS/HRegional II-2-MINSA; por no acordar las tarifas.
- ✓ La implementación del Plan anual de prestaciones complementarias, se ejecuta mediante Órdenes de Compra (O/C) como: 450253345 (S/.1,370), 4502523309 (S/.10,753), 4502523439 (S/.1,106), etc.

Para: Realizar la Vigilancia de la Salud Ocupacional del Trabajador de los EESS de la RAS

- ✓ Mediante Carta N°04.23.02.15.SINDI CUT, adjunta el Acta del proceso electoral del Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo (22-02-2015), se ha reelegido a 4 representantes y 6 suplentes.
- ✓ Mediante Carta 40-UIS-RATU-ESSALUD-2015, del 15-12-2015, reitera que diagnóstico de riesgos solo se ha realizado para las áreas administrativas y de nutrición
- ✓ Plan de Trabajo se alcanzó con Carta 32-UIS-RATU-ESSALUD-2015, del 30-09-3015. Para las áreas administrativas y de nutrición
- ✓ Con Carta 41-UIS-RATU-ESSALUD-2015, de fecha 15-12-2015, se alcanzó lista de identificación de peligros, evaluación de riesgos y control (IPERC) y matriz de normas legales y otros requisitos
- ✓ Mediante Carta 001-CPV-CE-HI-RATU-ESSALUD-2016, se informa resultado de control pre vacacional alcanzando listado de 11 riesgos y enfermedades ocupacionales que se presentan en la RED (Sedentarismo, obesidad, dislipidemias, estrés laboral, lumbalgias, HTA, tendinitis, DM, asma bronquial, hiper o hipotiroidismo y cáncer).

Para: Disminuir los Riesgos Ocupacionales y de los Accidentes de Trabajo en el H I Carlos Cortez J

- ✓ Mediante Resolución -DR-RATU-ESSALUd-2015, se conformó el Equipo de Trabajo de Salud Ocupacional y coordinación con el Comité de Seguridad.
- ✓ Para generar competencias en los Trabajadores, se han realizados talleres técnicos para la identificación y evaluación, así como, la participación de los mismos para la elaboración de la Identificación de Peligros, Evaluación de Riesgos y Control - IPERC de las diferentes áreas del H I Carlos A. Cortez Jimenez (Carta N° 40-UIS-RATU-ESSALUD-2015)
- ✓ Mediante Carta 42-UIS-DR-RATU-ESSALUD-2015, Unidad de Inteligencia Sanitaria alcanzo cuadro comparativo de accidentes de trabajo periodo 2007-2015, en el año 2015 se tuvieron 42 accidentes de trabajo, siendo 3 accidentados personal de EsSalud.
- ✓ Mediante Carta 41-UIS-RATU-ESSALUD-2015, se alcanzó la lista de Identificación de Peligros de Riesgos y Control (IPERC): Mecánicos (9 variables: uso de herramientas, superficies calientes, etc.), Locativos (9 variables: falta de señalización, espacio reducidos, trabajos en altura, etc.), Eléctricos (4 variables: electricidad directa, indirecta y estática, peligro), Físico-Químicos (3 variables: Gases comprimidos, licuados, disueltos, etc.), Físicos (6 variables: ambiente térmico, fuentes radiactivas, ventilación inadecuada, etc.), Químicos (4 variables: polvos, Humos Metálicos, Neblinas y Manejo de sustancias químicas), Biológicas (5 variables: Virus, bacterias, hongos, parásitos y vectores), Ergonómico (5 variables: Carga estática, carga dinámica, diseño del puesto, etc.), Psicolaboral (4 variables: Gestión del Personal, contenido de la tarea, etc.)

Para: Implementar acciones para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis

- ✓ Mediante Resolución de Dirección de Red N° 966-DR-RATU-2014, del 12-10-2014, se conformó el Comité responsable del Programa de Prevención y Control de TBC de la Red Asistencial
- ✓ Mediante Carta 11-OCPAP-DR-RATU-ESSALUd-2016, se hace el requerimiento de personal para captar SR en mayores de 15 años
- ✓ Mediante Carta 24-2015-CONSEJERIA-AP-RATU-ESSALUD-TUMBES, de fecha 04-09-2015, se informa sobre las Reuniones Técnicas sobre manejo del Paciente con TB con: Médicos, Enfermeras y Personal.
- ✓ Mediante Carta 62-2015-Estrategia-TBC-RATU, se informa de las reuniones técnica para evaluaciones trimestrales de indicadores Operacionales efectuadas
- ✓ Con Carta 62-2015-Estrategia-TBC-RATU, adjunta Actas de supervisión a Postas. Laboratorio no se puede supervisados por personal de EsSalud, por pertenecer a DIRESA Tumbes-MINSA
- ✓ Mediante Carta N° 24-2015-CONSEJERIA-AP-RATU-ESSALUD-TUMBES, del 04-09-2015, se hizo de conocimiento ejecución del "Plan Comunicacional por el Día Mundial de Lucha Contra la TB".
- ✓ Se elaboraron documentos técnicos y Material Educativo (impresión), en diferentes tamaños; con mensajes diferenciados y que fueran entregados a la población asegurada.
- ✓ Mediante Carta N° 62-2015-estrategia-TBC-RATU, se informa que las reuniones técnicas se realizaron a nivel de personal de enfermería
- ✓ Se confecciono cabina de recolección de muestra para despistaje de TBC
- ✓ Mediante Cartas N° 01 y 30-consejeria-EsSalud-RATU-2015, se informa sobre Visitas Domiciliarias para captar Sintomáticos Respiratorios entre los contactos de TB
- ✓ Se informó que las Muestras para las Pruebas de Sensibilidad Rápida y Convencional, se trasladan a DIRESA Tumbes, previa coordinación con la encargada de laboratorio para pruebas de sensibilidad rápida y convencional.
- ✓ Del Informe Operacional 2015 TBC, tenemos:
  - 5584 Sintomáticos respiratorios (SR) >15 años atendidos.
  - 470 SR Identificados
  - 462 SR Examinados
  - 13 nuevos casos (8 pulmonar y 5 extrapulmonar)

V°B° Ing. A. ROJAS

Gerencia de Planeamiento Corporativo V°B° V. REYNA Gerente ESSALUD

V°B° Econ. A. Verástegui Sub Gerente

- 1 recaída
- 63 contactos censados y 60 contactos examinados

Para: Implementar Acciones para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de las ITS-VIH/SIDA

- ✓ Mediante Resolución de Dirección de Red N 064-DR-RATU-ESSALUD-2015, del 10-06-2015, se conformó el Comité de VIH/SIDA de la RAS Tumbes.
- ✓ Se llevaron a cabo Reuniones Técnicas sobre manejo Integral del Paciente con ITS-VIH/SIDA dirigido al personal de enfermería de las Postas, con participación de Jefe de la OCPAP
- ✓ Mediante carta 056-2015-CONSEJERIA VIH/SIDA-ESSALUD-RATU, se informó sobre reuniones técnica para evaluaciones trimestrales de indicadores Operacionales, Epidemiológicos y la emisión del informe operacional correspondiente.
- ✓ Mediante Carta N°056-2015-CONSEJERIA VIH/SIDA-ESSALUD-RATU, se informó sobre la elaboración y ejecución del Plan Comunicacional por el día Mundial de lucha contra el SIDA, entre las actividades realizadas tenemos:
  - Mensajes alusivos al día Mundial de Lucha contra el SIDA haciendo énfasis en la prevención y a la no discriminación de las personas que viven y están afectadas con VIH/SIDA, se realizó la feria informativa en el frontis del H I Carlos Cortes Jimenez (400 pruebas rápidas y entrega de condones)
  - Periódico Mural
  - Charlas Educativas dirigidas a seis instituciones educativas (486), 04 centros laborales (67), pacientes y público en general (953 pruebas rápidas y 5070 entregas de preservativos).
  - Se elaboraron: 2,000 trípticos VIH, 1,000 trípticos de ITS. 5 banner, 300 globos grabados, 300 cintas rojas grabadas.
- ✓ Mediante Carta 10-OCPAP-DR-RATU-ESSALUD-2016, el Jefe de Prestaciones y Atención Primaria solicita tercerizar servicios para realizar pruebas Western Blot
- ✓ Mediante Carta 61-2015-CONSEJERIA VIH/SIDA - RATU, adjunta evaluación al IV Trimestre 2015

Para: Realizar la Autoevaluación y tramitación para la acreditación de los EESS de la RAS Tumbes

- ✓ Mediante Resolución de Dirección de Red N° 019-DR-RATU-ESSALUD-2015, del 09-03-2015, se conformó el Comité de Autoevaluación para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de la RED
- ✓ Mediante Resolución de Dirección Red N° 409-DR-RATU-ESSALUD-2015, del 21-04-2015, se aprobó el Plan de trabajo de autoevaluación para la acreditación del Hospital Carlos A. Cortez Jimenez
- ✓ Mediante Acta de Asistencia Técnica del 29-05-2015, el equipo de calidad de la DIRESA Tumbes, deja constancia de la capacitación efectuada al Comité de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Carlos A. Cortez Jimenez

Se ha iniciado proceso de autoevaluación en el Hospital Carlos A. Cortez Jimenez y se han desarrollado tres macroprocesos de la Norma Técnica de Autoevaluación

Gestión de la RAS

En el mes de Febrero

- ✓ Se aprobó el Plan Anual de Auditoria Medica
- ✓ Se aprobó la Norma y Procedimientos para la Auditoria Odontológica de Prestaciones de Salud
- ✓ Se aprobó el Instructivo para elaborar el Plan Anual de Mantenimiento Hospitalario

En el mes de Marzo

- ✓ Se conformó el Comité de Emergencia por el Dengue

En el mes de Abril

- ✓ Se reconformó el Comité Nacional de Acreditación de la RAS Tumbes

En el mes de Junio

- ✓ Se conformó el Comité para la elaboración del Plan de Emergencia - Epidemia del Chikungunya

En el mes de Julio

- ✓ Se implementó el Lactarios en la RAS Tumbes

En el mes de Setiembre

- ✓ Se conformó el equipo de trabajo para la elaboración del Plan Director de Inversión

En el mes de Octubre

- ✓ Se conformó el Comité Evaluador del Programa "Personas que dejan Huellas", de la RAS Tumbes

- ✓ Se modificó a los integrantes del Comité Nacional de Acreditación de la RAS Tumbes
- ✓ Se aprobó el Plan de Seguridad del Paciente del H I Carlos Alberto Cortez Jimenez de la RAS Tumbes 2015-2016

En el mes de Noviembre

- ✓ Se conformó el equipo Mejora Continua de la RS Tumbes.
- ✓ Se conformó el Comité de Historias Clínicas

En el mes de Diciembre

- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria Medica y Elaboración del Plan Anual de Auditoria Medica 2016
- ✓ Se conformaron los Equipos de Conteo y Reconteo para la Toma de Inventario Físico de Existencial en el Almacén Central, Farmacia y Depósitos de la RAS Tumbes.

Principales Gastos Logísticos (PAC – 2015)

Descripción (*)	Tipo de proceso	Valor estimado S/.
Contratación del servicio de médicos PAAD - para la red asistencial tumbes por 12 meses	ADP	81,600.00
Contratación de servicios de módulos de atención del asegurado	ADS	183,500.00
Contratación del servicio de EsSalud en línea - para la RAS Tumbes	ADS	162,100.00
Contratación servicio de chóferes - para el H I EsSalud de la RAS Tumbes	ADS	141,600.00
Contratación de servicio de mantenimiento de equipos de aire acondicionados H I Tumbes	AMC	29,000.00
Servicio de mensajería	AMC	30,105.20
Contratación de servicio de fotocopiado	AMC	39,998.00
Contratación n del servicio de mantenimiento de equipos biomédicos del H I EsSalud y PM de la RAS Tumbes	AMC	78,500.00
Servicio de jardinería	AMC	24,000.00
Adquisicion de equipos de aire acondicionado tipo Split decorativo 60,000 btu	AMC	25,720.00
Adquisición alcohol medicinal de 96° (uso exclusivo asistencial) para la RAS Tumbes	AMC	12,000.00
Servicio de transporte terrestre de pacientes referidos Tumbes, Piura, Chiclayo y viceversa- para la RAS Tumbes	CP	2,628,000.00
Total		3'436,123.20

(*) Periodos de 12 meses

Principales Cursos Talleres llevados a cabo

1. Manejo integral del sistema SAP/R3 - finanzas y logística, dirigido a 20 Participantes (S/. 1,988)
2. Reanimación Cardio Pulmonar (RPC), dirigido a 25 Participantes (S/. 2,010)
3. Ley de Contrataciones con el Estado y SEACE, dirigido a 20 Participantes (S/. 11,400)
4. Periodo de calificación de morosidad y casuísticas de cómo resolver los recursos administrativos, dirigido a 10 Participantes (S/. 1,988)
5. Seguridad y Salud en el Trabajo, dirigido a 60 Participantes (S/. 2,218)
6. Manejo de Pacientes Neonatos Pediátricos en UVI, dirigido a 32 Participantes (S/. 1,988)
7. Manejo de Pacientes con Diálisis Peritoneal, dirigido a 30 Participantes (S/. 1,988)
8. Emergencias y Desastres, dirigido a 60 Participantes (S/. 2,123)

V°B° Gerencia de Planeamiento Corporativo GCPD A. REYNA Gerente ESSALUD

V°B° Econ. A. Verastegui SubGerente ESSALUD

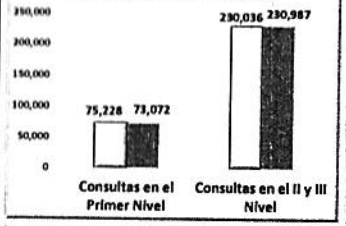
V°B° Ing. A. ROJAS ESSALUD

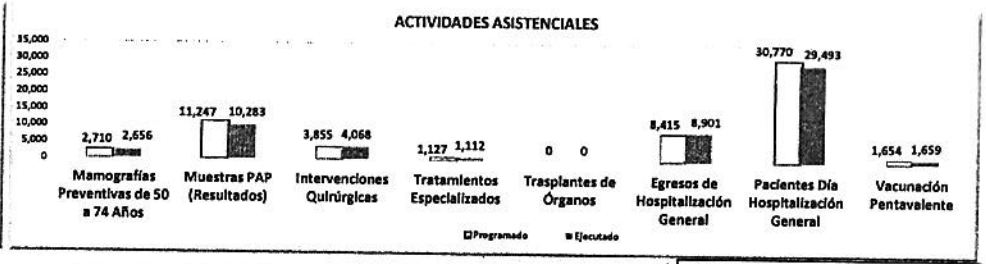
Evaluación del Plan Operativo Institucional 2015 - Desagregado

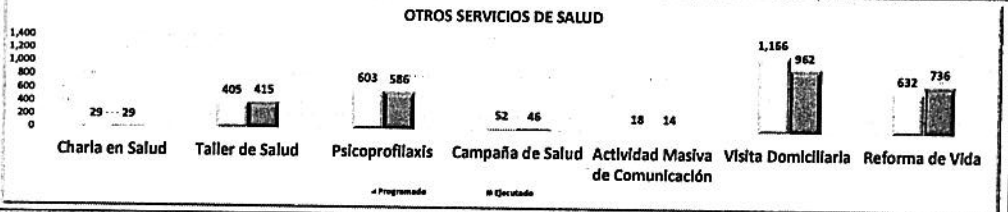
Red Asistencial UCAYALI

ACTIVIDADES OPERATIVAS - ASISTENCIALES

	PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD	UNIDAD DE MEDIDA	AL IV Trimestre		Cumplimiento %
			Programado	Ejecutado	
1	Consultas en el Primer Nivel	Consultas	75,228	73,072	97%
2	Consultas en el II y III Nivel	Consultas	230,036	230,987	100%
3	Mamografías Preventivas de 50 a 74 Años	Mamografías preventivas con resultado	2,710	2,656	98%
4	Muestras PAP (Resultados)	Exámenes PAP con resultado	11,247	10,283	91%
5	Intervenciones Quirúrgicas	Intervenciones Quirúrgicas	3,855	4,068	106%
6	Tratamientos Especializados	Tratamientos Especializados	1,127	1,112	99%
7	Trasplantes de Órganos	Trasplantes	0	0	
8	Egresos de Hospitalización General	Egresos	8,415	8,901	106%
9	Pacientes Día Hospitalización General	Paciente día	30,770	29,493	96%
10	Vacunación Pentavalente	Vacunas (3ª dosis)	1,654	1,659	100%
11	Otros servicios de Salud				
11.1	Charla en Salud	Charlas	29	29	100%
11.2	Taller de Salud	Sesiones	405	415	102%
11.3	Psicoprofilaxis	Sesiones	603	586	97%
11.4	Campaña de Salud	Campañas	52	46	88%
11.5	Actividad Masiva de Comunicación	Eventos	18	14	78%
11.6	Visita Domiciliaria	Visitas	1,166	962	83%
11.7	Reforma de Vida	Sesiones	632	736	116%







Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel >= 100% son: Consultas en el II y III Nivel (100%), Interv.Qx (106%), Egresos de Hospitalización Gral. (106%) y Vacunación Pentavalente (100%). Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel de avance por debajo del 95% son las referidas a: Muestras PAP (91%)

De las 07 Actividades denominadas Otros Servicios de Salud, tres (03) muestran un avance >=100% y tres (03) se encuentran con un nivel de avance menor al 95% siendo estas: Campaña de Salud (88%), Actividad Masiva de Comunicación (78%) y Visita Domiciliaria (83%).

INICIATIVA DE GESTIÓN	AVANCE POI - 2015	BUENO	Hitos ejecutados				
Actividades	Responsable	Fec. Ini. ReProg	Fec. Fin ReProg	Valor %	Valor ganado	Valor planeado	Index Plan actual	N° HITOS	SI (100%)	NO (0 %)	AVANCE	Cumplimiento %
(15)195.Ampliar el Convenio de Intercambio de Prestaciones de Salud Minsa-EsSalud.	Christian Acevedo	30-mar	15-dic	100	52.5	100	0.525	4	2	1	1	50.00%
(15)196.Mejorar la atención médica del paciente hospitalizado en el Serv. Medicina del H II Pucallpa	Justo Lopez	30-mar	15-dic	100	65	100	0.65	5	3	2	0	60.00%
(15)197.Optimizar Vigilancia, prevención y control de las comp.Intrahospitalarias HII Pucallpa	Josefina Barberan	02-ene	31-dic	100	100	100	1	4	4	0	0	100.00%
(15)198.Realizar la Vigilancia de la Salud Ocupacional del Trabajador de los EESS de la RAS Ucayali	Jorge Martin Nieto	30-mar	15-dic	100	65	100	0.65	6	4	2	0	66.67%
(15)199.Implementar acciones para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis	Marelen Melendez	30-mar	15-dic	100	100	100	1	9	9	0	0	100.00%
(15)200.Implementar acciones para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de las ITS-VIH/SIDA	Christian Acevedo	30-mar	31-dic	100	100	100	1	5	5	0	0	100.00%
Iniciativa de Gestión		02-ene	31-dic	100	80.42	100.00	0.8042	33	27	5	1	81.82%

Mediante Resolución N 152-RAUC-EsSalud-2015, se reformularon los miembros Comité Local de Intercambio de prestaciones de salud de EsSalud-MINSA-ASIS, se elaboró el Plan de Trabajo (Carta 771-OAUCAYALI-SGCIS-GAAA-GCSPE-EsSalud-2015).

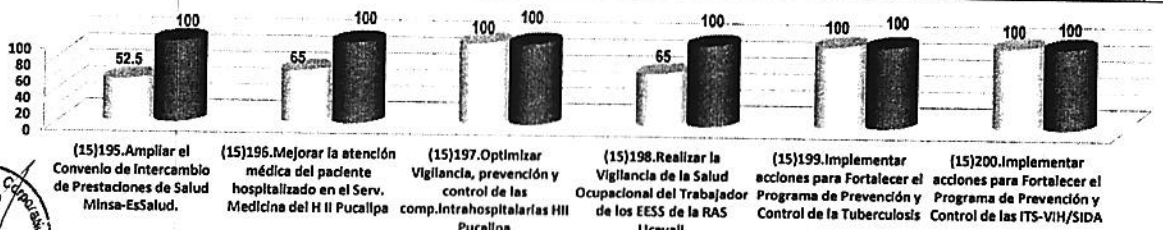
1)Carta N° 026-ODAS-D-RAUC-ESSALUD-2015, Evaluación de la satisfacción del paciente hospitalizado mediante encuesta 2)Carta N° 12 -DPTO-MEDICINA-HII-RAUC-ESSALUD-2015, Implementación de los estándares de los procesos de atención médica del paciente hospitalizado. 3)Carta N° 13-DPTO-MEDICINA-HII-RAUC-ESSALUD-2015, Implementación de la atención médica en hospitalización del Servicio de Medicina.

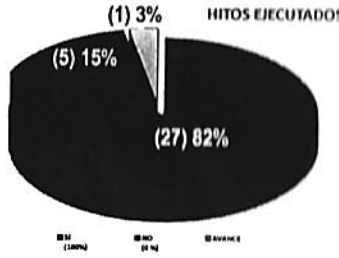
1) Carta N° 005-UIS-OPC-D-RAUC-ESSALUD-2016, Estudio de Incidencia de Complicaciones Intrahospitalarias (CIH). 2)Resolución N° 065 -RAUC-ESSALUD-2015, se aprobó el Plan Anual de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias – 2015, del H II Pucallpa. 3)Resolución N° 066 -RAUC-ESSALUD-2015, Comité de Complicaciones Intrahospitalarias por servicio. 4)CARTA N° 843 D-RAUC-ESSALUD-2015, se realizó el Estudio de Incidencia de CIH.

1) Resolución Directoral N° 097-RAUC-ESSALUD-2015, se conformó el Equipo de Trabajo de Salud Ocupacional. 2)Carta N° 188-SER-DIAG POR IMAG-RAUC-ESSALUD-2015, diagnóstico de los Riesgos Ocupacionales a los que están expuesto los trabajadores de la RAS. 3)Carta N° 189-SER-DIAG POR IMAG-RAUC-ESSALUD-2015, Plan de Trabajo para la Implementación, teniendo en cuenta Directiva N° 001-GG-EsSalud. 4)Carta N° 010-SERV-DIAG POR IMAG-HII-RAUC-ESSALUD-2015 se realizó la Evaluación de Salud Ocupacional de los trabajadores de la RAS.

Mediante Resolución N° 55-RAUC-EsSalud-2015, se designó al Coordinador de TB y el Comité Técnico Asesor de la RAS. Se realizaron las siguientes acciones: 1) Reuniones Técnicas sobre manejo del Paciente con TB con: Médicos, Enfermeras y Personal de Laboratorio responsables del Programa TB de los EESS de la Red, así como supervisión a los EE.SS y los laboratorios donde realizan baciloscopias de la Red Asistencial (Carta N° 04-CPPCTBC-HIIPUC-D-RAUC-EsSalud-2015). 3) Elaboración y Ejecución del Plan Comunicacional por el día Mundial de lucha contra la TB (Carta N 05-CPPCTBC-HIIPUC-D-RAUC-EsSalud-2015). 4) Impresión de documentos técnicos y Material Educativo (Carta N 02-CPPCTBC-HIIPUC-D-RAUC-EsSalud-2015). 5) Adquisición de cabinas recolectoras y cajas de trasporte de muestras para los EE.SS de la RAS (Carta N 06 y 07-CPPCTBC-HIIPUC-D-RAUC-EsSalud-2015). 6) Informe técnico de condiciones de funcionamiento de los ambientes de alto riesgo de transmisión de TB a nivel intrahospitalario (Carta N° 05, 06 y 07-CPPCTBC-HIIPUC-D-RAUC-EsSalud-2015)

1)Resolución N° 110-RAUC-ESSALUD-2015, se designó al Coordinador del Programa de ITS-VIH/SIDA y el Comité Técnico Asesor. 2)CARTA N° 089-CEO-HII-RAUC-ESSALUD-2015, Informe Reunión Técnica: Manejo integral del Paciente con ITS-VIH/SIDA) se realizó la Reunión Técnica manejo integral del Paciente con ITS-VIH/SIDA. 3)CARTA N° 097-CEO-HII-RAUC-ESSALUD-2015, evaluaciones trimestrales de indicadores operacionales, epidemiológicos y desempeño de la estrategia de ISTVIH/SIDA; se realizó Reunión técnica para evaluaciones trimestrales de indicadores Operacionales, Epidemiológicos, etc. 4)CARTA N° 090-CEO-HII-RAUC-ESSALUD-2015, se realizó Elaboración y Ejecución del Plan Comunicacional por el día Mundial de lucha contra el SIDA.





Patron de Comportamiento de los Indicadores del POI - FONAFE de la Red Asistencial UCAYALI

1. Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva del I Nivel de Atención	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Ratio	0.33	0.33

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

2. Diferimiento de Citas Consulta Externa pacientes referidos del I al III Nivel	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	15	15

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

3. Promedio de Permanencia en Hospitalización General	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	3.95	3.95

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

4. Porcentaje de Pacientes en Sala de Observación < = 24 Horas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Porcentaje (%)	100.00%	98.00%

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

5. Tiempo de Espera de Intervención Quirúrgica	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Días	22	22

Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

6. Cobertura de Tamizaje de Cancer de Cuello Uterino	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	30.00%	34.01%

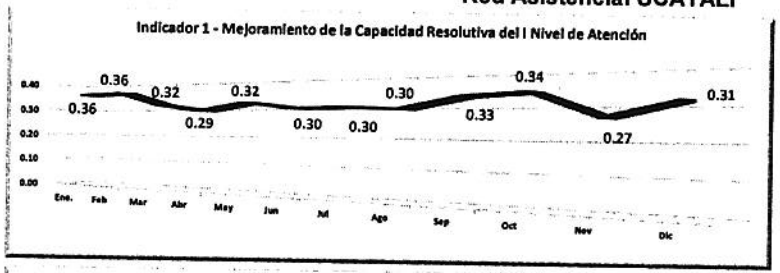
Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

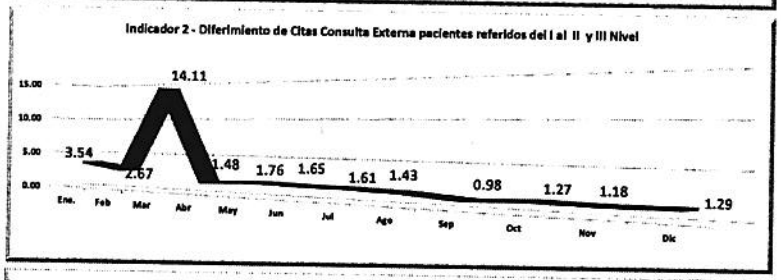
7. Cobertura de Tamizaje de Mamografías Preventivas	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	30.00%	32.21%

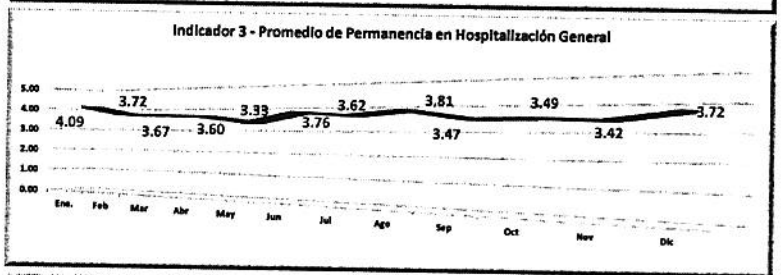
Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

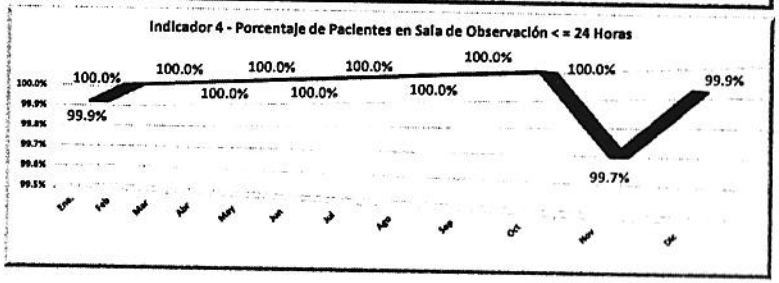
8. Cobertura de Vacunación Pentavalente (3era dosis)	Unidad de Medida	Meta del Indicador 2016	Meta Ind. Modificado 2016
	Cobertura (%)	85.00%	85.30%

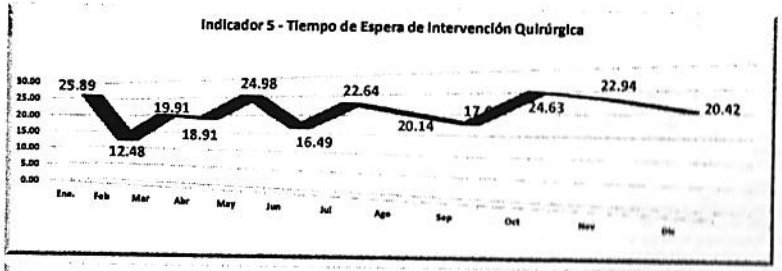
Fuente SIAG (exportado el 31-01-2016)

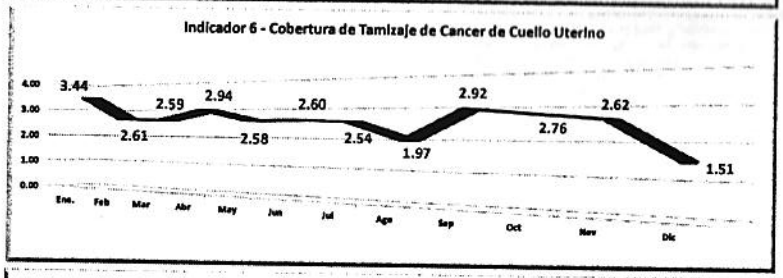


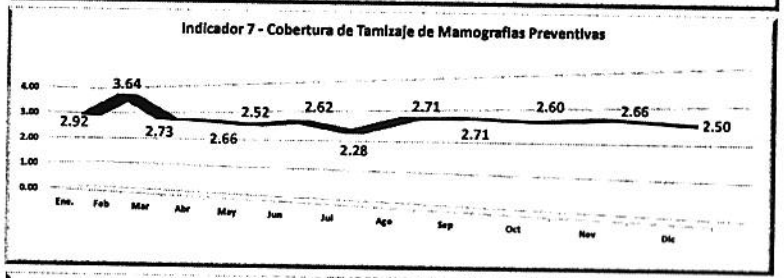


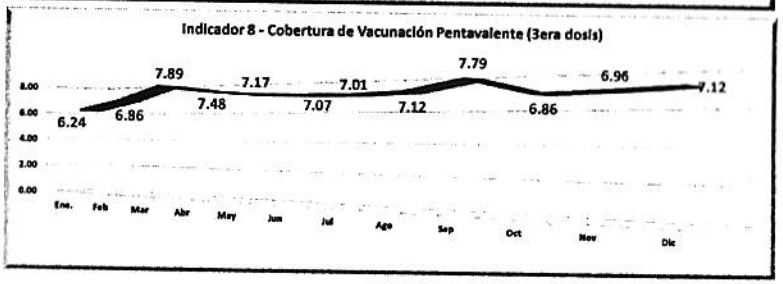






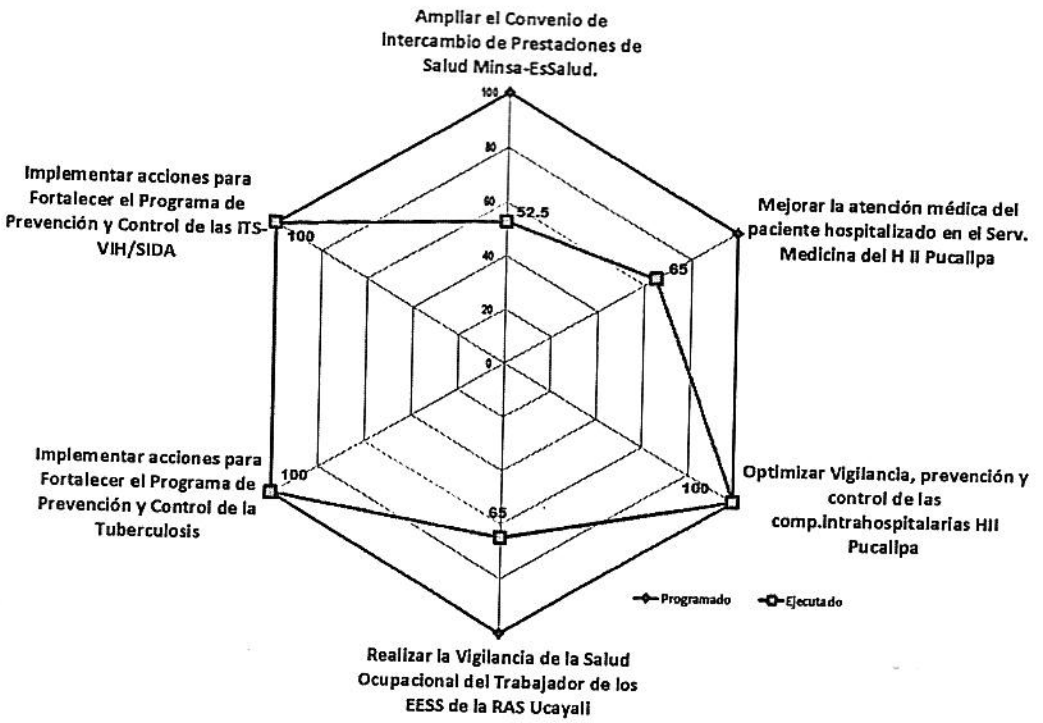






Red Asistencial UCAYALI

Actividades Desarrolladas para el cumplimiento de la Iniciativas de Gestión



Para: Ampliar el Convenio de intercambio de Prestaciones de Salud MINSA-EsSalud.

- ✓ Mediante Resolución Directoral N° 152-RAUC-ESSALUD-2015, se reformularon los miembros del Comité Local de Intercambio de Prestaciones de Salud de EsSalud-MINSA-ASIS.
- ✓ Mediante Carta N° 771-OAUCAYALI-SGCIS-GAAA-GCSPE-ESSALUD-2015, se informa sobre la formulación del plan de trabajo.

Para: Mejorar la atención médica del paciente hospitalizado en el Servicio del Medicina del H II Pucallpa.

- ✓ Mediante Carta N° 026-ODAS-D-RAUC-ESSALUD-2015, se realizó la Evaluación de la satisfacción del paciente hospitalizado mediante encuesta.
- ✓ Mediante Carta N° 12 -DPTO-MEDICINA-HII-RAUC-ESSALUD-2015, se informó sobre la Implementación de los estándares de los procesos de atención médica del paciente hospitalizado.
- ✓ Mediante Carta N° 13-DPTO-MEDICINA-HII-RAUC-ESSALUD-2015, se realizó la evaluación de la implementación de la atención médica en hospitalización del Servicio de Medicina.

Para: Optimizar Vigilancia, prevención y control de los componentes intrahospitalarias HII Pucallpa.

- ✓ Mediante Carta N° 005-UIS-OPC-D-RAUC-ESSALUD-2016, se informa sobre el Estudio de incidencia de Complicaciones Intrahospitalarias (CIH)
- ✓ Mediante Resolución Directoral N° 065 -RAUC-ESSALUD-2015, se aprobó el Plan Anual de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias – 2015, del H II Pucallpa.
- ✓ Mediante Resolución Directoral N° 066 -RAUC-ESSALUD-2015 se conformó el Comité de Complicaciones Intrahospitalarias por servicio.
- ✓ Mediante CARTA N° 643-D-RAUC-ESSALUD-2015, se realizó el Estudio de incidencia de CIH.

Para: Realizar la Vigilancia de la Salud Ocupacional del Trabajador de los EESS de la RAS Ucayali

- ✓ Mediante Resolución Directoral N° 097-RAUC-ESSALUD-2015, se conformó el Equipo de Trabajo de Salud Ocupacional.

Red Asistencial UCAYALI

- ✓ Mediante Carta N° 188-SER-DIAG POR IMAG-RAUC-ESSALUD-2015, se informa sobre el diagnóstico de los Riesgos Ocupacionales a los que están expuesto los trabajadores de la RAS.
- ✓ Mediantes Carta N° 189-SER-DIAG.POR IMAG-RAUC-ESSALUD-2015, se elaboró el Plan de Trabajo para la Implementación, teniendo en cuenta Directiva N° 001-GG-EsSalud.
- ✓ Mediante Carta N° 010-SERV-DIAG POR IMAG-HII-RAUC-ESSALUD-2015 se realizó la Evaluación de Salud Ocupacional de los trabajadores de la RAS.

Para: Implementar acciones para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis

- ✓ Mediante Resolución Directoral N° 055-RAUC-ESSALUD-2015, se designación al Coordinador de TB y conformó el Comité Técnico Asesor.
- ✓ Mediante Carta N° 020-CPPCTBC-HII-PUC-D-RAUC-ESSALUD-2015, se informó sobre las Reuniones Técnicas sobre manejo del Paciente con TB con: Médicos, Enfermeras y Personal de Laboratorio responsables del Programa TB de los EESS de la Red.
- ✓ Mediante Carta N° 001-CPPCTBC-HII-PUC-D-RAUC-ESSALUD-2016, se informó sobre la Reunión técnica evaluación trimestral de indicadores Operacionales, Epidemiológicos y Desempeño Estratégico de TB.
- ✓ Mediante CARTA N°018-CPPCTBC-HII-PUC-D-RAUC-ESSALUD-2015, se informó de la supervisión a los EE.SS y los laboratorios donde realizan baciloscopías de la Red Asistencial.
- ✓ Mediante Carta N° 005-CPPCTBC-HIIPUC-D-RAUC-ESSALUD-2015, se informó de la elaboración y ejecución del Plan Comunicacional por el día Mundial de lucha contra la TB.
- ✓ Mediante Carta N° 002-CPPCTBC-HIIPUC-D-RAUC-ESSALUD-2015, se informó sobre la Impresión de documentos técnicos y Material Educativo.
- ✓ Mediante Carta N° 17-CPPCTBC-HII-PUC-D-RAUC-ESSALUD-2015 se realizó la Adquisición de cabinas recolectoras y cajas de trasporte de muestras para los EE.SS de la Red Asistenciales.
- ✓ Mediante Carta N° 002-CPPCTBC-HII-PUC-D-RAUC-ESSALUD-2016 se realizó la Reunión Técnica: Medico Enfermera en el manejo integral del paciente positivo.
- ✓ Mediante Carta N° 010-CPPCTBC-HII-PUC-D-RAUC-ESSALUD-2015 Carta N° 007-CPPCTBC-HII-PUC-D-RAUC-ESSALUD-2015 Carta N° 006-CPPCTBC-HII-PUC-D-RAUC-ESSALUD-2015 Carta N° 005-CPPCTBC-HII-PUC-D-RAUC-ESSALUD-2015 se realizó Propuesta mejoramiento y/o acondicionamiento de los ambientes de la estrategia TB en los EESS de la RAS.

Para: Implementar acciones para Fortalecer el Programa de Prevención y Control de las ITS-VIH/SIDA

- ✓ Mediante Resolución Directoral N° 110-RAUC-ESSALUD-2015 se designó al Coordinador del Programa de ITS-VIH/SIDA y el Comité Técnico Asesor.
- ✓ Mediante CARTA N° 089-CEO-HII-RAUC-ESSALUD-2015, Informe Reunión Técnica: Manejo Integral del Paciente con ITS-VIH/SIDA) se realizó la Reunión Técnica manejo Integral del Paciente con ITS-VIH/SIDA dirigido a: médicos, enfermeras, psicólogos y nutricionistas.
- ✓ Mediante CARTA N° 097-CEO-HII-RAUC-ESSALUD-2015, Informe de reunión Técnica para evaluaciones trimestrales de indicadores operacionales, epidemiológicos y desempeño de la estrategia de IST-VIH/SIDA; se realizó Reunión técnica para evaluaciones trimestrales de indicadores Operacionales, Epidemiológicos, etc.
- ✓ Mediante Carta N° 076-CEO-HII-RAUC-ESSALUD-2015, Carta N 069-CEO-HII-RAUC-ESSALUD-2015 Carta N° 064-CEO-HII-RAUC-ESSALUD-2015, Carta N 054-CEO-HII-RAUC-ESSALUD-2015 Carta N° 051-CEO-HII-RAUC-ESSALUD-2015, se realizó la Supervisión a los EE.SS de la Red Asistencial.
- ✓ Mediante CARTA N° 090-CEO-HII-RAUC-ESSALUD-2015, se realizó Elaboración y Ejecución del Plan Comunicacional por el día Mundial de lucha contra el SIDA.

Gestión de la RAS

En el mes de Enero

- ✓ Se ratificó la Comisión Médica Calificadora de Incapacidades de la Ley 26790, de la RAS Ucayali
- ✓ Se constituyó el Comité de Auditoria Odontológica, de la RAS Ucayali
- ✓ Se reconformó el Comité de Auditoria Medica, de la RAS Ucayali

En el mes de Marzo

- ✓ Se designó el Equipo de Evaluadores Internos para la Acreditación, de la RAS Ucayali
- ✓ Se actualizó la conformación de los miembros del equipo de Autoevaluación de los EESS, de la RAS Ucayali.
- ✓ Se actualizó la conformación Comité Técnico Operativo del Servicio de Lactario Institucional, de la RAS Ucayali

Red Asistencial UCAYALI

- ✓ Se designó a los miembros del Comité de Acreditación de los Centros Asistenciales, de la RAS Ucayali
- ✓ Se conformó el Comité de Gestión de Manejo de Residuos Sólidos, de la RAS Ucayali
- ✓ Se constituyó el equipo de trabajo de Identificación de Peligros, Evaluación de Riesgos y Control (IPERC), de la RAS Ucayali
- ✓ Se constituyó la Secretaria Técnica de Apoyo a la Autoridad competente en la fase instructiva y/o sancionadora, aplicables a los servidores públicos comprendidos en los regímenes laborales de DL. 276,278 y 1057, de la RAS Ucayali
- ✓ Se designó a los profesionales como Médicos de Control de Canje de Certificados de los asegurados de la PM Aguaytia, PM Atalaya y PM Contamana, de la RAS Ucayali

En el mes de Abril

- ✓ Se reconformó el Comité de Lucha Contra el Dengue - 2015, de la RAS Ucayali
- ✓ Se aprobó el Plan de Manejo de Residuos Sólidos - 2015 H II Pucallpa, de la RAS Ucayali
- ✓ Se conformó el Comité Técnico Asesor para la Prevención y Control de Tuberculosis-2015, de la RAS Ucayali
- ✓ Se designó al Coordinador del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis del H II Pucallpa y de la RAS Ucayali
- ✓ Se reconformó el Comité Técnico Quirúrgico del H II Pucallpa, de la RAS Ucayali
- ✓ Se reconformó el Comité de Auditoría Medica, de la RAS Ucayali
- ✓ Se designó el Comité de Hospitalización (camas) , de la RAS Ucayali
- ✓ Se reconformó el Comité de Hospitalización (camas) del H II Pucallpa, de RAS Ucayali
- ✓ Se designó al Coordinador para Control de Crecimiento y Desarrollo – CAINA del H II Pucallpa, de la RAS Ucayali

En el mes de Mayo

- ✓ Se conformó la Brigada de Seguridad Contra Incendios del H II Pucallpa, de la RAS Ucayali
- ✓ Se conformó la Brigada de Evacuación, Primeros Auxilios y Contra Incendio de la PM Alameda, PM Atalaya, PM Aguaytia, CAP I Manantay, CAP I Campo Verde y el H II Pucallpa, de la RAS Ucayali.
- ✓ Se conformó el Grupo de Trabajo de Gestión de Riesgo, de la RAS Ucayali
- ✓ Se conformó el Equipo Evaluador Interno de la Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias – 2015, del H II Pucallpa, de la RAS Ucayali
- ✓ Se conformó el Comité de Gestión de Manejo de Residuos Sólidos, de la RAS Ucayali
- ✓ Se conformó el Comité de Validación de Guías de Práctica Clínica, de la RAS Ucayali
- ✓ Se designó al profesional de la salud como Médicos de Control de Canje de Certificaos Médicos de los asegurado H II Pucallpa, de la RAS Ucayali
- ✓ Se conformó el Comité Anual de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias 2015, de la RAS Ucayali
- ✓ Se aprobó el Plan Anual de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias - 2015 del H II Pucallpa y áreas de influencia, de la RAS Ucayali

En el mes de Junio

- ✓ Se reconformó el Comité de Farmacovigilancia, de la RAS Ucayali
- ✓ Se reconformó el Comité de Salud Ocupacional de la RAS Ucayali

En el mes de Julio

- ✓ Se aprobó el Plan Anual del Comité de Evaluación Interna, Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias – 2015, del H II Pucallpa de la RAS Ucayali
- ✓ Se reconformó el Comité de Validación de Guías de Práctica Clínica, de la RAS Ucayali
- ✓ Se conformó el Comité de Gestión de Historia Clínica del H II Pucallpa, de la RAS Ucayali
- ✓ Se actualizó el Grupo de Trabajo encargado de Promover el Código de Ética en la Función Pública en la RAS Ucayali.
- ✓ Se designó el Comité Interdisciplinario de la Estrategia Nacional de Control de ITS/VIH-SIDA de la RAS Ucayali
- ✓ Se conforma el Comité Técnico de Formulación del Plan Director de Inversiones, de la RAS Ucayali
- ✓ Se designó a los miembros del Comité Especial para suscribir contratos con la IPRESS Servicios de Salud en la RAS Ucayali

En el mes de Agosto

- ✓ Se designó a los miembros del Comité Médico de Auditoria de Incapacidades H II Pucallpa, de la RAS Ucayali
- ✓ Se designó al profesional médico de Control de Canje de Certificados Médicos, de la RAS Ucayali y del H II Pucallpa
- ✓ Se conformó el Equipo Cero Dolor, de la RAS Ucayali
- ✓ Se reconformó el Comité Farmacológico, de la RAS Ucayali
- ✓ Se reconformó el Sub-Comité de Implementación del Sistema de Control Interno, de la RAS Ucayali

Gerencia de Planeamiento Corporativo-GCPD V°B° V. REYNA Gerente ESSALUD

Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo V°B° Ing. A. ROJAS ESSALUD

Gerencia Central de Control y Evaluación de la Gestión-GCCGD V°B° Econ. A. Verástegui SubGerente ESSALUD

Red Asistencial UCAYALI

En el mes de Setiembre

- ✓ Se conformó el Comité de Bioseguridad, de la RAS Ucayali
- ✓ Se reconformó el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente de la RAS Ucayali y del H II Pucallpa.
- ✓ Se conformó el Comité de Ética, de la RAS Ucayali
- ✓ Se reconformó el Comité Técnico de Gestión Integral, de la RAS Ucayali
- ✓ Se reconformó a los miembros del Equipo Operativo de Salud Renal, de la RAS Ucayali
- ✓ Se reconformó el Comité de Supervisión del Servicio de Hemodiálisis, de la RAS Ucayali
- ✓ Se conformó el Comité local de Prevención y Análisis de Mortalidad Materna H II Pucallpa, de la RAS Ucayali
- ✓ Se conformó el Comité de Prevención y Análisis de Mortalidad Materna, de la RAS Ucayali
- ✓ Se reconformó el Comité Materno Perinatal H II Pucallpa, de la RAS Ucayali
- ✓ Se aprobó el Plan de Operaciones Friaje -2015, a ser aplicado en H II Pucallpa y sus áreas de influencia, de la RAS Ucayali

En el mes de Octubre

- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria en Enfermería, de la RAS Ucayali
- ✓ Se aprobó el documento: Políticas para garantizar la confidencialidad y privacidad en la atención de salud en el H II Pucallpa, de la RAS Ucayali

En el mes de Noviembre

- ✓ Se ratificó a los coordinadores de apoyo para la Atención de Solicitudes de Acceso a la Información, de la RAS Ucayali
- ✓ Se constituyó la Comisión Médica Calificadora de la Incapacidad - CMCI de la Ley 27023, del H II Pucallpa, de la RAS Ucayali periodo 2015 - 2018
- ✓ Se aprobó el Plan de contingencia del Fenómeno El Niño, periodo 2015/2016 a ser aplicado H II Pucallpa y sus áreas de influencia, de la RAS Ucayali
- ✓ Se designó a los Miembros del Primer Círculo por los Derechos y la Humanización, de la RAS Ucayali
- ✓ Se constituyó la Junta de Evaluación Médica para pacientes con Insuficiencia Renal Crónica nuevo o en programa, de la RAS Ucayali
- ✓ Se designó a los profesionales Médicos de Control de Canje de Certificados Médicos de los Asegurados de las PM Aguaytia, PM Atalaya y PM Contamana
- ✓ Se aprobó el Manual de Primeros Auxilios y Emergencias Toxicológicas a ser aplicado en el H II Pucallpa, de la RAS Ucayali
- ✓ Se designó a los miembros del Comité del Sistema Electrónico de Transferencia de Información "SETI-IPRESS" del H II Pucallpa, de la RAS Ucayali
- ✓ Se reconformó el Comité de Auditoria Medica, de la RAS Ucayali
- ✓ Se constituyó el Comité evaluador del programa "Personas que Dejan Huella", de la RAS Ucayali

En el mes de Diciembre

- ✓ Se aprobó el Plan de Mantenimiento Hospitalario, de la RAS Ucayali
- ✓ Se reconformó el Comité de Intercambio Prestacional, de la RAS Ucayali
- ✓ Se designó a los profesionales de la Salud como Médicos Control en las PM Contamana, PM Atalaya y PM Aguaytia, de la RAS Ucayali

Principales Gastos Logísticos (PAC – 2015)

Descripción (*)	Tipo de proceso	Valor estimado S/.
Adquisición de insumos y material de laboratorio sion equipo para los CAP y PM	ADP	291,260.00
Pasajes aéreos regionales (12 meses)	ADP	627,240.00
Contratación de servicio de lavandería para el H II Pucallpa y PM (12 meses)	ADP	384,000.00
Adquisición de insumos y material de laboratorio con equipo para la RAS Ucayali	ADP	190,750.00
Contratación de servicio de embalaje flete y carga de la RAS Ucayali	ADS	134,625.00
Servicio de personal para el área de referencia del H II Pucallpa y PM (12 meses)	ADS	158,000.00
Adquisición de equipamiento biomédico y equipamiento complementario programa - TBC	ADS	113,700.00
Servicio de mantenimiento de equipo de incinerador pirolitico de 50 kg./hr. del H II Pucallpa, de la RAS Ucayali / EsSalud	ADS	61,990.00
Adquisición de alcohol etilico antiséptico y desinfectante para el H II Pucallpa	ADS	40,860.00
Servicio de arrendamiento de inmueble para el CAP I Manantay de la RAS Ucayali, periodo 24 meses	ADS	76,800.00
Servicio mantenimiento preventivo y correctivo de equipos de aire acondicionados – RAS Ucayali (12 meses)	AMC	29,000.00
Contratación de servicio de arrendamiento de inmueble para el funcionamiento de la P M	AMC	33,000.00

Red Asistencial UCAYALI

Aguaytia (12 meses)		
Contratación de servicio de arrendamiento de inmueble para el funcionamiento de la PM Atalaya (12 meses)	AMC	**27,600.00**
Contratación de servicio de mantenimiento del sistema eléctrico para cómputo y pozo a tierra	AMC	**32,000.00**
Contratación de servicio de mantenimiento y reparación de equipo de computo	AMC	**27,700.00**
Contratación de servicio de fotocopiado y anillados del H II Pucallpa (12 meses)	AMC	**28,800.00**
Servicio de apoyo en el área de admisión e historias clínicas del H II Pucallpa (12 meses)	AMC	**632,140.00**
Mantenimiento de grupos electrógenos y tablero de transferencia del H II Pucallpa y Contamana y CAP Campo Verde por 12 meses	AMC	**28,500.00**
Adquisición de material médico para el servicio de odontología para el H II Pucallpa y PM	AMC	**63,519.20**
Servicio de consultoría no programable de expediente de mantenimiento de infraestructura de centro quirúrgico	AMC	**30,000.00**
Contratación de servicio de mantenimiento preventivo y correctivo de 03 ascensores camilleros (12 meses)	AMC	**27,930.00**
Contratación del servicio de apoyo en los módulos de atención al asegurado del H II Pucallpa	CP	**554,400.00**
Adquisición insumos de laboratorio con equipo de alta tecnología en cesión de uso	LP	**531,839.76**
Adquisición de combustible diésel para casa de fuerza (12 meses)	LP	**1,504,620.00**
Total		2'698,808.75

(*) Periodos de 12 meses

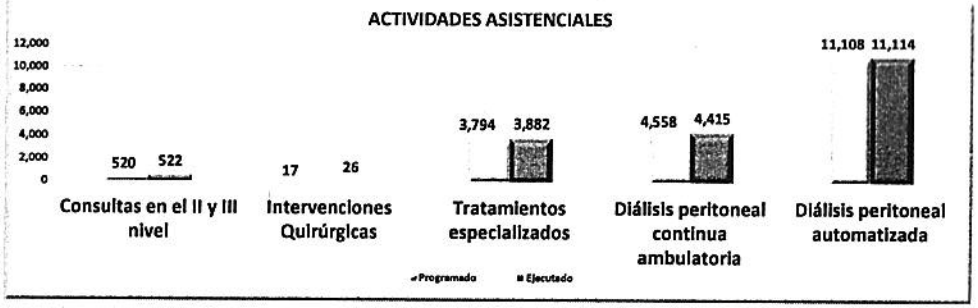
Principales Cursos Talleres llevados a cabo

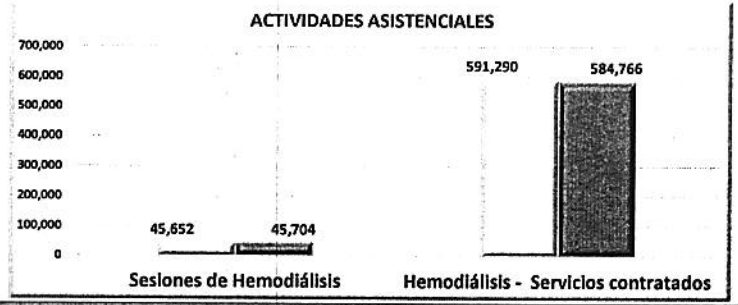
1. Bioseguridad Hospitalaria, dirigido a 61 Participantes (S/. 3,500)
2. Reanimación Cardio Pulmonar Básico, dirigido a 50 Participantes (S/. 3,500)
3. Ventilación Mecánica-uso y manejo, dirigido a 40 Participantes (S/. 3,500)
4. Balance Hídrico en Pacientes Pediátricos, dirigido a 40 Participantes (S/. 3,500)
5. Actualización en Hematología Especializada, dirigido a 30 Participantes (S/. 3,500)
6. Actualización Bioquímica Automatizada, dirigido a 30 Participantes (S/. 4,000)
7. Terapia del Lenguaje, dirigido a 31 Participantes (S/. 4,000)
8. Diálisis Peritoneal nivel Intermedio, dirigido a 40 Participantes (S/. 4,000)
9. Actualización en Ley de Contrataciones y Adquisiciones del Estado, dirigido a 50 Participantes (S/. 13,000)
10. Interpretación radiológica general, dirigido a 30 Participantes (S/. 3,500)

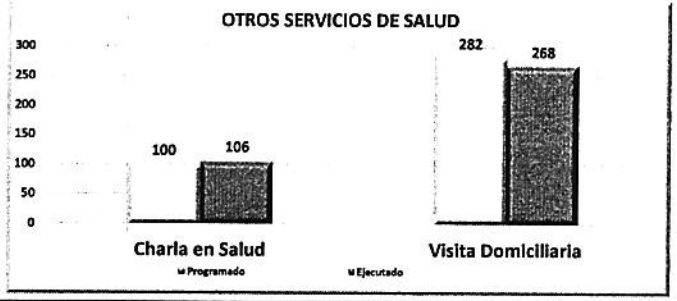
Evaluación del Plan Operativo Institucional 2015 - Desagregado
CENTRO NACIONAL DE SALUD RENAL - CNSR

ACTIVIDADES OPERATIVAS - ASISTENCIALES

	PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD	UNIDAD DE MEDIDA	Al IV Trimestre		Cumplimiento
			Programado	Ejecutado	%
1	Consultas en el II y III nivel	Consultas	520	522	100%
2	Intervenciones Quirúrgicas	Intervenciones Quirúrgicas	17	26	153%
3	Tratamientos especializados	Tratamientos Especializados	3,794	3,882	102%
5	Diálisis peritoneal continua ambulatoria	Tratamientos / día	4,558	4,416	97%
6	Diálisis peritoneal automatizada	Tratamientos / día	11,108	11,114	100%
4	Sesiones de Hemodiálisis	Sesiones	45,652	45,704	100%
7	Hemodiálisis - Servicios contratados	Sesiones	591,290	584,766	99%
8	Otros servicios de Salud				
8.1	Charla en Salud	Charlas	100	106	106%
8.2	Visita Domiciliaria	Visitas	282	268	95%





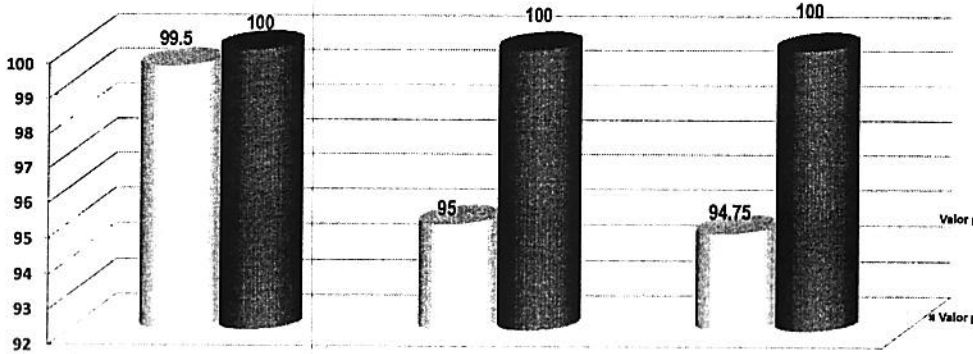


Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel >= 100% son: Consultas en el II y III Nivel (100%), Interv.Qx. (153%), Tratamientos Especializados (102%), Diálisis Peritoneal Automatizada (100%) y Sesiones de Hemodiálisis (100%).

De las 02 Actividades denominadas Otros Servicios de Salud, una (01) muestran un avance >=100% y una (01) se encuentran con un nivel de avance igual al 95% siendo estas: Visita Domiciliaria (95%).

INICIATIVA DE GESTIÓN		AVANCE POI - 2015				EXCELENTE	
Actividades	Responsable	Fec. Ini. RePlan	Fec. Fin RePlan	Valor %	Valor ganado	Valor planeado	Indice Plazo actual
(15)48.Mejorar la Calidad en la Atención del Paciente del Centro Nacional de Salud Renal	Juana Hinostroza	01-ene	31-dic	100	99.5	100	0.995
(15)49.Fortalecer la Implantación e Implementación del Plan Nacional de Salud Renal	Carlos Pereda	05-ene	31-dic	100	95	100	0.95
(15)50.Mejorar los procesos administrativos y de gestión e implementarios	Jaime Bueno	01-abr	31-dic	100	94.75	100	0.9475
Iniciativa de Gestión		01-ene	31-dic	100	96.42	100.00	

Hitos ejecutados				
N° HITOS	SI (100%)	NO (0 %)	AVANCE	Cumplimiento %
10	9	0	1	90.00%
14	10	0	4	71.43%
7	4	0	3	57.14%
31	23	0	8	74.19%





Mediante Carta N° 580-CNSR-EsSalud-2015, se eleva a GCPS la propuesta del "Manual del Sistema de Vigilancia del Acceso Vascular en Hemodiálisis" para su revisión y aprobación.

Mediante Resolución N°1094-GG-EsSalud-2015, se aprueba la Directiva sobre "Atención Ambulatoria del paciente con ERC Estadio 5 en HD convencional, sin reúso por IPRESS- Hemodiálisis Tercerizada.

Carta N°10-OGDSR-CNSR-2016, del 11-01-16, Se Informa la realización del aplicativo para el Registro Nacional de Diálisis EsSalud.

Se aprobó la "Guía para Otorgar la Conformidad de Servicios de Hemodiálisis en Centros Contratados y Pago" del CNSR

Informe N°01-OPC-OGDSR-2016, del 08-01-2016, se remite Informe FINAL de Propuesta del Tablero de Mando del CNSR

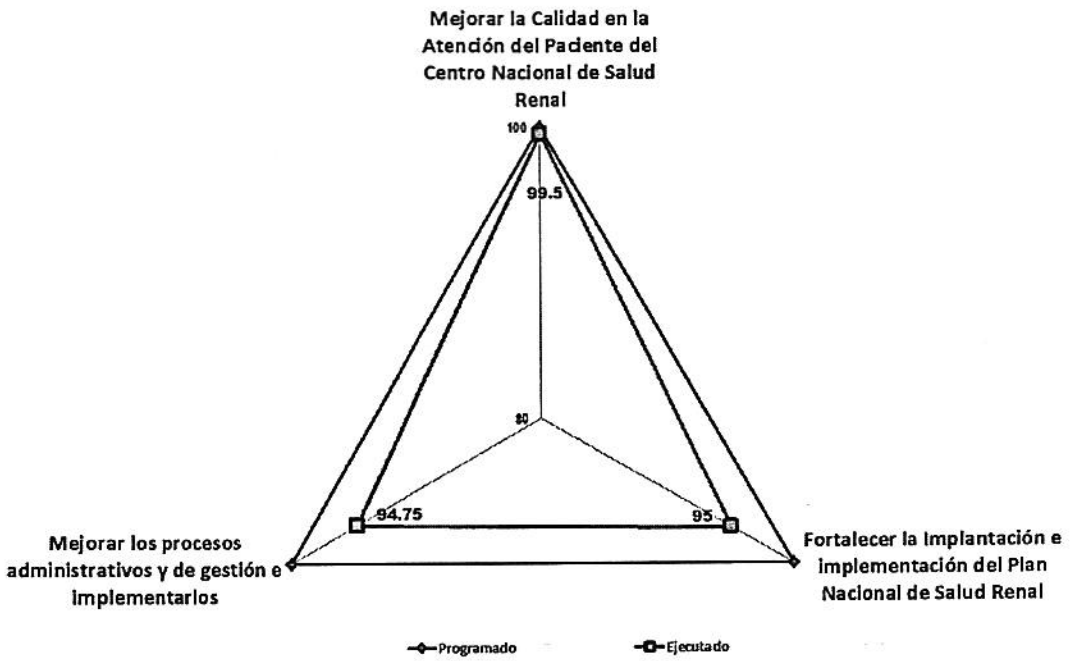
Informe N°015 COORD-ENF-HD-OGDSR-CNSR-2015: Revisión de avance de la parte informativa y solo falta indicar los dibujos al tríptico, del Folleto informativo para pacientes en Hemodiálisis.

Con la Implementación de la Directiva N° 003-IETSI-2015, conformó el Comité Farmacoterapeutico del CNSR.

Se aprobó el Plan de Trabajo para la Implementación del Sistema de Control Interno en el CNS - 2016 - 2017.

CENTRO NACIONAL DE SALUD RENAL

Actividades Desarrolladas para el cumplimiento de la Iniciativas de Gestión



Para: Mejorar la Calidad en la Atención del Paciente del Centro Nacional de Salud Renal

- ✓ C. N° 580-CNSR-ESSALUD-2015 – 01-07-15 Se remite a GCPS la propuesta del Manual del Sistema de Vigilancia del Acceso Vascular en Hemodiálisis para su aprobación.
- ✓ C. N° 011-DPTODIAL-CNSR-ESSALUD-2015, Se pone en marcha el Plan Piloto del Sub Sistema de Vigilancia del acceso vascular para hemodiálisis.
- ✓ C. 310-SE-CNSR-ESSALUD-2015 - 4.11.15 - Informa el cumplimiento de la Campaña por el Día Mundial del Lavado de Manos al 100%
- ✓ C. N° 1140-DAT-CNSR-2015 - Informa avance al 100% de Implementación del Manual de Procedimientos de Laboratorio.
- ✓ Res1094-GG-2015 se aprueba la Directiva presentada N°05-GG-ESSALUD- 2015 "Atención Ambulatoria del pacte con ERC Estadio 5 en HD convencional, sin reusó por IPRESS- Hemodiálisis Tercerizada

Para: Fortalecer la Implantación e implementación del Plan Nacional de Salud Renal

- ✓ INF N° 001-ENF-SR-OGDSR-CNSR-2015, informa sobre la conclusión del diseño del Programa Educativo para pacientes con ERC estadios 1 a 5 sin diálisis.
- ✓ C.159-OGDSR-ESSALUD-2015/INF 009-CNSR-OGDSR-2015: Consolidado Campaña Nacional de Difusión y Sensibilización "Día mundial del Riñón" (marzo).
- ✓ C-N°1218-CNSR-2015, del 30-10-2015: Se remite a la GCPS el sustento para calendarizar la campaña de sensibilización y día mundial del Riñón para calendarizar oficialmente en ESALUD.
- ✓ CC 03-OGDSR-CNSR-2015, del 30-12-2015, El proyecto terminado se encuentra en proceso de validación en el CNSR.
- ✓ CARTA N°37-DP-ODSR-2015, del 2-11-2015, se emite la propuesta de Diseño Curricular de Pasantía de Acceso para Diálisis enfocado para Manejo del Paciente en Diálisis Peritoneal.
- ✓ Mediante Informe N°034 COORD-ENF-HD-OGDSR-CNSR-2015, del 16-12-15: Informa la culminación del Folleto Informativo (Triptico) para pacientes en Diálisis Peritoneal"
- ✓ Informe N°020 COORD-ENF-HD-OGDSR-CNSR-2015-01.12.15: Remite el tríptico "Folleto Informativo para pacientes en hemodiálisis" terminado, para su validación.
- ✓ C. N°030-OECIS-OGDSR-2015, del 16-06-15, Remite Propuesta de Directiva para el Sistema de Notificación y

CENTRO NACIONAL DE SALUD RENAL

Análisis de eventos adversos en el CNSR.

- ✓ C. N°10-OGDSR-CNSR-2016, del 11-01-16, Se Informa la realización del aplicativo para el Registro Nacional de Diálisis EsSalud.

Para: Mejorar los procesos administrativos y de gestión e implementarlos

- ✓ Informe N°01-OPC-OGDSR-2016, del 08-01-2016, se remite informe FINAL de Propuesta del Tablero de Mando del CNSR
- ✓ Memorando N° 003-OA-CNSR-ESSALUD-2016, del 11-01-16, Informa cumplimiento del 100% de actividades realizadas para el Desarrollo y Cultura Organizacional
- ✓ C. N°13141-DL-OA-CNSR-2015, del 01-12-2015, Informa sobre el desarrollo de la actividad de capacitación en Sistema de Contrataciones.
- ✓ Memorando N° 003-OA-CNSR-ESSALUD-2016, del 11-01-2016, se informa el 100% de cumplimiento del Plan de monitoreo de mantenimiento preventivo y correctivos de los equipos biomédicos.
- ✓ Memorandum 093-OA-CNSR-ESSALUD-2015, del 09-12-15, se remite la formulación de indicadores de administración con Carta N°092-OA-CNSR-ESSALUD-2015

Gestión de la RAS

En el mes de Enero

- ✓ Se conformó el Comité de Eliminación de Repuestos (CER) del CNSR por el periodo de un año
- ✓ Se conformó el Comité Farmacovigilancia del CNSR.
- ✓ Se conformó el Comité Farmacológico del CNSR.
- ✓ Se conformó el Comité de Investigación del CNSR.
- ✓ Se conformó el Comité de Cultura de Donación de Órganos y Tejidos del CNSR.

En el mes de Febrero

- ✓ Se conformó la Comisión Técnica Operativa para la Implementación y Funcionamiento del Lactario Institucional en el CNSR.

En el mes de Junio

- ✓ Se conformaron las Brigadas Operativas de Emergencia del CNSR.
- ✓ Se conformó el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente del CNSR
- ✓ Se aprobó el Plan de Contingencia del CNSR.

En el mes de Agosto

- ✓ Se conformó el Comité de Referencias y Contrarreferencias.
- ✓ Se conformó el Comité Técnico de Formulación del Plan Director de Inversiones.

En el mes de Setiembre

- ✓ Se constituyó el Grupo de Trabajo de la Gestión de Riesgo de Desastres del CNSR

En el mes de Octubre

- ✓ Se conformó el Sub Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del CNSR
- ✓ Se conformó el Grupo de Trabajo encargado de promover el Código de Ética de la Función Pública, así como el Código de Ética del Personal de EsSalud del CNSR

En el mes de Noviembre

- ✓ Se aprobó la "Guía para Otorgar la Conformidad de Servicios de Hemodiálisis en Centros Contratados y Pago" del CNSR

En el mes de Diciembre

- ✓ Se aprobó el Comité de Auditoria en Enfermería, para la elaboración del "Plan Anual de Auditoria en Enfermería 2016".
- ✓ Con la Implementación de la Directiva N° 003-IETSI-2015, conformó el Comité Farmacoterapeutico del CNSR
- ✓ Se aprobó el Plan de Trabajo para la Implementación del Sistema de Control Interno en el CNS - 2016 - 2017
- ✓ Se designó al responsable para Portal Web Institucional.

Gerencia de Planeamiento Corporativo-GCPP V°B° V. REYNA Gerente ESSALUD

GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y DE... V°B° Ing. A. ROJAS ESSALUD

SECTOR CONTROL Y EVALUACION DE LA GESTION-GPCGCPP V°B° Econ. A. Verástegui Sub Gerente ESSALUD

CENTRO NACIONAL DE SALUD RENAL

Principales Gastos Logísticos (PAC – 2015)

Descripción (*)	Tipo de proceso	Valor estimado S/.
✓ Set de líneas arterio venosas para hemodiálisis	ADP	**389,812.50**
✓ Alquiler de máquinas de hemodiálisis	ADP	**380,000.00**
✓ Mantenimiento de cableado estructurado categoría 6 para todo el CNSR 150 puntos	ADS	**147,215.67**
✓ Adquisición de cajas archiveras para el archivo del CNSR	ADS	**47,500.00**
✓ Servicio de fotocopiado	ADS	**52,500.00**
✓ Insumos para desinfección de máquinas de hemodiálisis y equipos de tratamiento de agua	ADS	**63,981.32**
✓ Servicio de recojo, transporte y disposición final de residuos sólidos hospitalarios del CNSR	ADS	**62,652.00**
✓ Adquisición de insumos y material de laboratorio	ADS	**66,240.00**
✓ Alquiler de máquina de hemodiálisis	AMC	**121,600.00**
✓ Adquisición de medicamento (paracalcitol 5 mcg/ml x 1 ml)	AMC	**87,580.25**
✓ Contratación de material médico: dializadores	AMC	**138,531.00**
✓ Insumos de laboratorio para equipos entregados en cesión en uso	LP	**187,550.00**
Total		1'745,162.74

(*) Periodos de 12 meses

Principales Cursos Talleres llevados a cabo

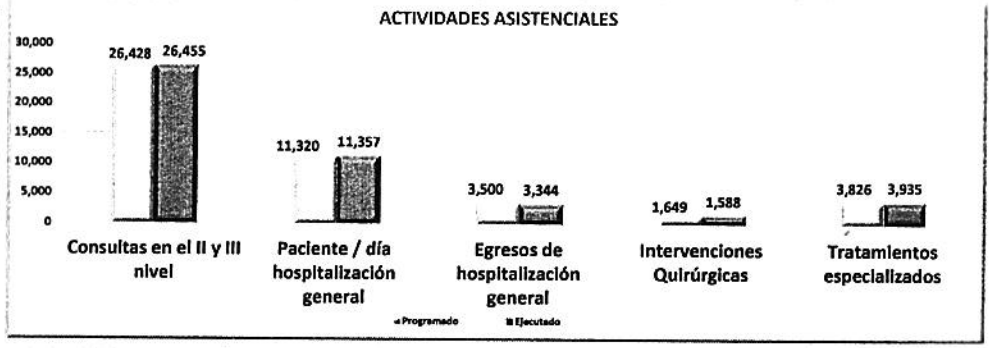
1. Actualización en Cuidados Innovadores en la Atención Integral al Paciente con ERC 5, dirigido a 25 participantes. (S/. 500).
2. ISO 9000-9001 en laboratorio clínico, dirigido a 19 participantes. (S/. 5,500).
3. Auditoria de los procesos asistenciales de enfermería, dirigido a 10 participantes. (S/. 1,700).
4. Gestión por indicadores y balanced scorecard, dirigido a 10 participantes. (S/. 4,000).
5. Gestión de la calidad en los servicios de salud, dirigido a 12 participantes. (S/. 8,000).

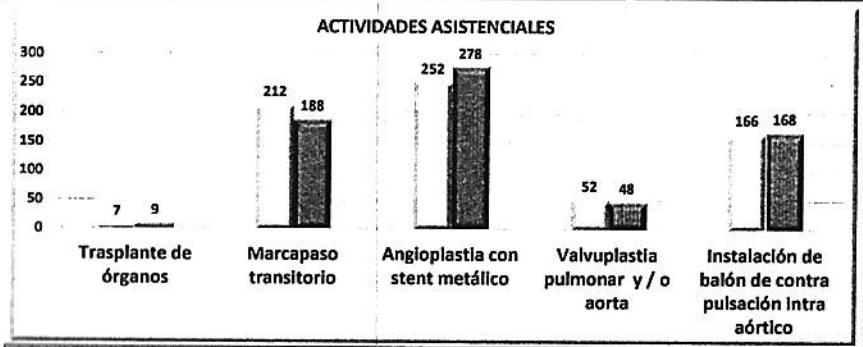
Evaluación del Plan Operativo Institucional 2015 - Desagregado

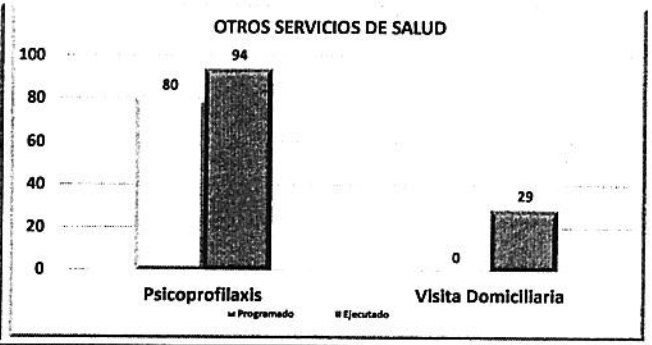
INSTITUTO NACIONAL CARDIOVASCULAR - INCOR

ACTIVIDADES OPERATIVAS - ASISTENCIALES

	PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD	UNIDAD DE MEDIDA	Al IV Trimestre		Cumplimiento
			Programado	Ejecutado	%
1	Consultas en el II y III nivel	Consultas	26,428	26,455	100%
6	Paciente / día hospitalización general	Paciente día	11,320	11,357	100%
5	Egresos de hospitalización general	Egresos	3,500	3,344	96%
2	Intervenciones Quirúrgicas	Intervenciones Quirúrgicas	1,649	1,588	96%
3	Tratamientos especializados	Tratamientos Especializados	3,826	3,935	103%
4	Trasplante de órganos	Trasplantes	7	9	129%
7	Marcapaso transitorio	Procedimientos	212	188	89%
8	Angioplastia con stent metálico	Procedimientos	252	278	110%
9	Valvuplastia pulmonar y / o aorta	Procedimientos	52	48	92%
10	Instalación de balón de contra pulsación intra aórtico	Procedimientos	166	168	101%
11	Otros servicios de Salud				
11.1	Psicoprofilaxis	Sesiones	80	94	118%
11.2	Visita Domiciliaria	Visitas	0	29	





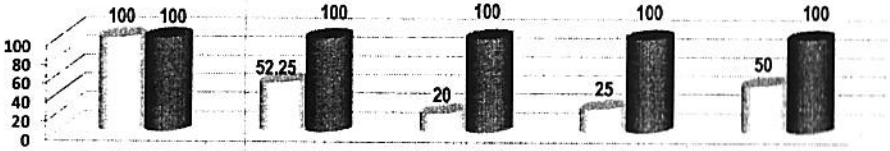


Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel >= 100% son: Consultas en el II y III nivel (100%), Paciente / día hospitalización Gral. 100(%), Tratamientos especializados (100%), Tx. de órganos (129%), Angioplastia con stent metálico (110%) y Instalación de balón de contra pulsación intra aórtico (101%). Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel de avance por debajo del 95% son las referidas a: Marcapaso transitorio (89%)

De las 02 Actividades denominadas Otros Servicios de Salud, una (01) muestran un avance del 100%.

INICIATIVA DE GESTIÓN	AVANCE POI - 2015					MALO	
Actividades	Responsable	Fec. Ini. ReProg	Fec. Fin ReProg	Valor %	Valor ganado	Valor planeado	Indice Plazo actual
(15)88.Modelo de atención oportuna para el paciente con síndrome coronario agudo	David Galvez	01-mar	30-dic	100	100	100	1
(15)89.Implementar guías de procedimientos asistenciales de enfermería del Instituto Nacional Cardio	Carlos Perez	01-abr	30-dic	100	52.25	100	0.5225
(15)90.Sistema de Telemedicina de la Red Cardiovascular	David Galvez	01-abr	30-dic	100	20	100	0.2
(15)91.Modelo de investigación e innovación tecnológica	Armando Godoy	01-may	30-dic	100	25	100	0.25
(15)92.Desarrollar un modelo de gestión por resultados en el Instituto Nacional Cardiovascular - INC	Lizeth Garcia	01-abr	30-dic	100	50	100	0.5
Iniciativa de Gestión		01-mar	30-dic	100	49.45	100.00	

Hitos ejecutados				
N° HITOS	SI (100%)	NO (0 %)	AVANCE	Cumplimiento %
8	8	0	0	100.00%
8	2	3	3	25.00%
9	1	8	0	11.11%
6	1	5	0	16.67%
8	4	4	0	50.00%
39	16	20	3	41.03%





Mediante Carta N 878-DIDAEC-DIR-INCOR-ESSALUD-2015, se presenta la Vía Clínica para el manejo de pacientes con Síndrome Coronario Agudo (con elevación del ST y sin elevación del ST)

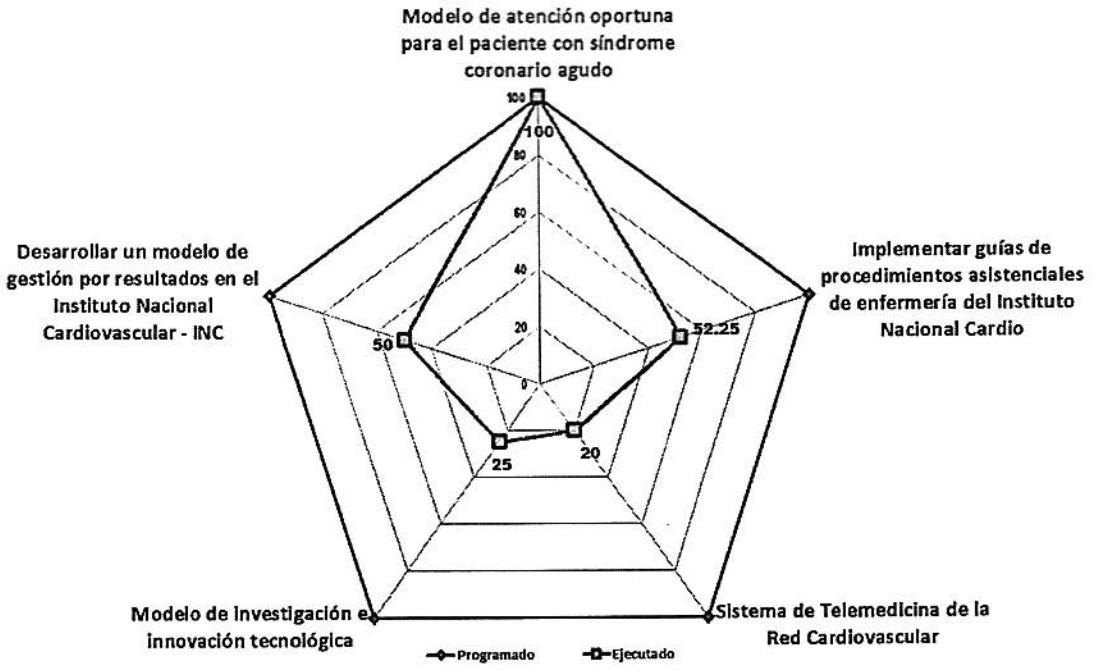
Mediante Resolución de Dirección N 056-DIR-INCOR-ESSALUD-2015, se conformó el Comité Técnico para la Elaboración de las Guías de Procedimientos de Enfermería.

Se elaboró el Informe del Sistema de Referencias y Contrarreferencias del Instituto Nacional Cardiovascular - INCOR; con los datos las estadísticas del año 2014

Se elaboró: 1) Plan de Modelo de Gestión por Resultados para el INCOR 2) Documento técnico para asignación de recursos del INCOR. 3) Propuesta Técnica para asignación de incentivos. 4) Propuesta Técnica para diferenciación de prestaciones asistenciales

INSTITUTO NACIONAL CARDIOVASCULAR – INCOR

Actividades Desarrolladas para el cumplimiento de la Iniciativas de Gestión



Para: Modelo de atención oportuna para el paciente con síndrome coronario agudo

- ✓ Previa a la creación de la Vía Clínica para manejo de paciente con síndrome coronario agudo se revisaron Guías de Práctica Clínica que fueran lo más cercana a la realidad nacional.
- ✓ Mediante Carta N 878-DIDAEC-DIR-INCOR-ESSALUD-2015, se presenta la Vía Clínica para el manejo de pacientes con Síndrome Coronario Agudo (con elevación del ST y sin elevación del ST)
- ✓ Con Carta N 11-OI-OA-DIR-INCOR-ESSALUD-2016, se entrega el Manual del Usuario del Aplicativo SINDROME CORONARIO AGUDO con los formatos unificados, con el aplicativo ya diseñado y se informó que el Aplicativo, se encuentra en funcionamiento.
- ✓ Se presentó el Informe consolidado del Registro del Aplicativo SICASTE del año 2015
- ✓ Mediante Carta N 1154-DIDAEC-DIR-INCOR-ESSALUD-2015, se remite el Informe y consolidado de Avance de registro del SICASTE del 2015.

Para: Implementar guías de procedimientos asistenciales de enfermería del Instituto Nacional Cardiovascular

- ✓ Mediante Resolución de Dirección N 056-DIR-INCOR-ESSALUD-2015, se conformó el Comité Técnico para la Elaboración de las Guías de Procedimientos de Enfermería.
- ✓ Mediante Carta N 690-DE-DIR-INCOR-ESSALUD-2015, se presentan las Guías de Procedimientos de Enfermería de Trasplante Cardíaco Adulto y Pediátrico, para su revisión y posterior emisión de Informe Técnico.
- ✓ Mediante Carta N 690-DE-DIR-INCOR-ESSALUD-2015, se presentan las Guías de Procedimientos Asistenciales de Enfermería para su evaluación.

Para: Sistema de Telemedicina de la Red Cardiovascular

- ✓ Se elaboró el Informe del Sistema de Referencias y Contrarreferencias del Instituto Nacional Cardiovascular - INCOR; con los datos las estadísticas del año 2014, a fin de identificar la problemática de referencias de pacientes con patología cardiovascular adulta

Para: Modelo de investigación e innovación tecnológica

- ✓ Se elaboró el Documento Técnico Lineamientos de la Investigación Científica e Innovación Tecnológica en Salud Cardiovascular.

INSTITUTO NACIONAL CARDIOVASCULAR – INCOR

Para: Desarrollar un modelo de gestión por resultados en el Instituto Nacional Cardiovascular - INC

- ✓ Se elaboró el Plan que muestra los lineamientos Gestión por Resultados de lo que desea obtener el INCOR.
- ✓ Se elaboró el Documento Técnico en la cual se detallan los recursos humanos y técnicos para lograr los objetivos.
- ✓ Se presentó a la Dirección del INCOR el documento técnico que asigna incentivos.

Gestión de la RAS

En el mes de Enero

- ✓ Se conformó el Comité de Seguridad y Defensa
- ✓ Se conformó el Comité de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias del INCOR
- ✓ Se conformó la Comisión de Eventos Centinela - INCOR
- ✓ Se conformó el Equipo de Rondas de Seguridad - INCOR
- ✓ Se conformó el Comité de Gestión y Manejo de Residuos Solidos
- ✓ Se conformó el Comité Farmacológico
- ✓ Se constituyó el Comité de Trasplante Cardiaco

En el mes de Marzo

- ✓ Se conformó el Comité para el Manejo de Enfermedades de Aorta 2015

En el mes de Mayo

- ✓ Se conformó el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente

En el mes de Junio

- ✓ Se aprobó el Manual de Protección

En el mes de Octubre

- ✓ Se aprobó la Directiva para la Verificación, Calificación, Certificación primera parte y registro de los tipos de Accesibilidad en las Dependencias de EsSalud

En el mes de Diciembre

- ✓ Se conformó el Comité de Investigación - 2016
- ✓ Se conformó el Comité de Trasplante Cardiaco
- ✓ Se aprobó el Plan para la Acreditación del INCOR
- ✓ Se conformó el Comité de Auditoria en Enfermería
- ✓ Se aprobó el desarrollo del Estudio en FASE III – B, multicéntrico, aleatorisado, doble ciego orientado con placebo para evaluar la eficacia, seguridad y tolerabilidad de serelaxina cuando se añade a la terapia estándar en paciente con insuficiencia cardiaco aguda

Principales Gastos Logísticos (PAC – 2015)

Descripción (*)	Tipo de proceso	Valor estimado S/.
Contratación del servicio de alimentación y nutrición para los pacientes y usuarios asistenciales del INCOR	ADP	372,743.53
Servicio residente de mantenimiento de electromecánicos (taller)	CP	506,928.00
Servicio residente de mantenimiento de equipos biomédicos (taller)	CP	718,704.00
Servicio de lavado de ropa	CP	1,302,000.00
Contratación del servicio de alimentación y nutrición para los pacientes y usuarios asistenciales del INCOR	CP	2,236,439.41
Contratación del servicio especializado de mantenimiento de equipos biomédicos tomógrafo de 64 cortes del INCOR	CP	675,960.00
Contratación del servicio especializado de mantenimiento de equipos biomédicos angrifrafos cardiovasculares del INCOR	CP	655,973.80
Mejoramiento y ampliación de los servicios del área pediátrica del INCOR	LP	2,720,710.78
Adquisición de ecocardiógrafos + TEE avanzado para INCOR y RAS Lambayeque y Arequipa - compra delegada	LP	8,856,825.07
Total		18'046,284.59

(*) Periodos de 12 meses

Principales Cursos Talleres llevados a cabo

V°B° V. REYNA Gerente – Gerencia de Planeamiento Corporativo-GCGD – ESSALUD

V°B° Ing. A. ROJAS – Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo – ESSALUD

V°B° Econ. A. Verástegui SubGerente – Control y Evaluación de la Gestión-GCGD – ESSALUD

INSTITUTO NACIONAL CARDIOVASCULAR – INCOR

1. Cultura organizacional, Liderazgo y Motivación, dirigido a 40 participantes. (S/. 13,000)
2. Clima Laboral y Gestión Eficaz del tiempo., dirigido a 40 participantes. (S/. 13,000)
3. Gestión por Procesos para Organismos del Sector Público, dirigido a 40 participantes. (S/. 12,000)
4. Curso de Contrataciones del Estado, dirigido a 30 participantes. (S/. 12,400)





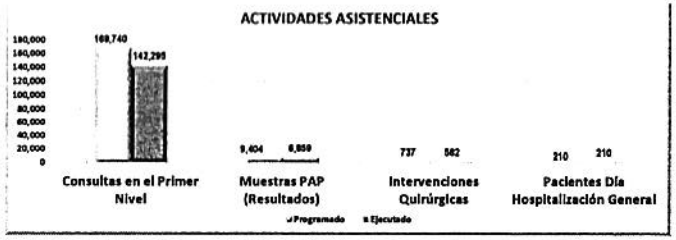


Evaluación del Plan Operativo Institucional 2015 - Desagregado

GERENCIA OFERTA FLEXIBLE - GOF

ACTIVIDADES OPERATIVAS - ASISTENCIALES

	PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD	UNIDAD DE MEDIDA	Al IV Trimestre		Cumplimiento %
			Programado	Ejecutado	
1	Consultas en el Primer Nivel	Consultas	169,740	142,295	84%
2	Muestras PAP (Resultados)	Exámenes PAP con resultado	9,404	6,859	73%
3	Intervenciones Quirúrgicas	Intervenciones Quirúrgicas	737	582	79%
4	Pacientes Dia Hospitalizacion General	Paciente dia	210	210	100%
5	Padomi General	Visitas	331,132	264,052	80%
6	Padomi Especializado	Visitas	113,430	89,997	79%
7	Visita Fisioterapéutica	Visitas	160,564	129,289	81%
8	Visita enfermeria domiciliaria	Visitas	116,180	93,421	80%





INICIATIVA DE GESTIÓN	AVANCE POI - 2015	EXCELENTE	Hitos ejecutados				
Actividades	Responsable	Fec. Ini. ReProg	Fec. Fin ReProg	Valor %	Valor ganado	Valor planeado	Index Plan salud	Nº HITOS	SI (100%)	NO (0 %)	AVANCE	Avance %
(15)58.Ampliar la cobertura de atención a los pacientes usuarios del PADOMI.	Martha Villarrubia	02-ene	31-dic	100	83.9	83.9	1	6	4	0	2	66.67%
(15)59.Fortalecer los examenes preventivos en mujeres en edad fertil y post - menopausia para detectar y prevenir el cáncer ginecológico.	Heber Armas	05-ene	28-dic	100	75.2	76.25	0.986229	7	3	1	3	42.86%
(15)60.Fortalecer el servicio pre hospitalario del STAE	Henry Sanchez	30-mar	31-dic	100	32.5	76.2	0.426509	9	4	4	1	44.44%
(15)61.Implementar la Educación a Distancia	Carlos Salcedo	30-mar	31-dic	100	23	60	0.383333	9	3	5	1	33.33%
(15)62.Fortalecer la realización de investigaciones por parte del CEPRIT Lima en temas de Seguridad, Salud en el Trabajo incorporando a las empresas aportantes al SCTR/SRS en EsSalud, consideradas empresas de alto riesgo y estrategicas para la institucio	Rosa Lazo	30-mar	31-dic	100	28	61.2	0.457516	8	3	3	2	37.50%
Iniciativa de Gestión		02-ene	31-dic	100	48.52	71.51		39	17	13	9	43.59%

Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel >= 100% son: Pacientes Dia Hospitalización Gral (100%). Las Actividades Asistenciales que se encuentran con un nivel de avance por debajo del 95% son las referidas a: Consultas en el PN (84%), Muestras PAP (73%), Intervenciones Quirúrgicas (79%), Padomi General (80%), Padomi Especializado (79%), Visita Fisioterapéutica 81(%) y Visita enfermeria domiciliaria (80%).

Carta N° 579-DADP-SGAD-GOF-EsSalud-2015 y Carta N° 1125-SGAD-GOF-EsSalud-2015, se informó sobre: 1) Se elaboró el "Estudio de Demanda privilegiando pacientes sin atención por zonas" y el Estudio de Oferta (médicos de cabecera x zonas). 2) Revisión y sinceramiento de la Base de datos de Usuarios del PADOMI. 3) Revisión, análisis y reordenamiento de la Demanda en base al Geo Referencial.

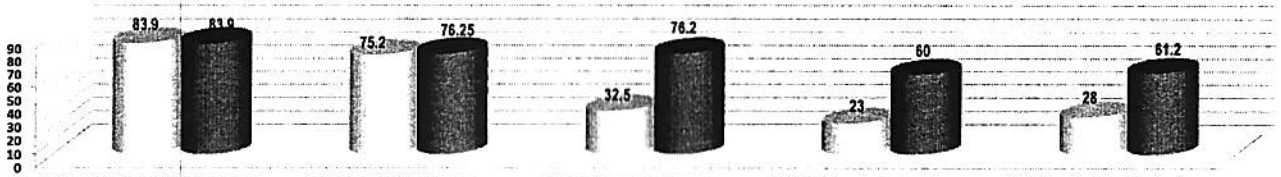
Mediante Carta N° 2176 -SGPE-GOF - EsSalud-2015, se remite el "Plan de Intervención: Cuadro de la Programación mensual de Atención Preventiva de Cáncer Ginecológico - Dic.2015"

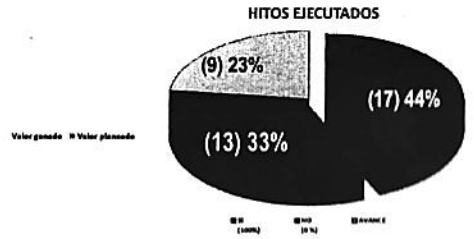
Mediante Carta N° 010-EI-CEPRIT-2015, presenta el "Estudio de Identificación y Evaluación de los Factores de Riesgos Disergónicos en el Personal de Producción de Industrias Manrique SAC"

Mediante Informe N° 004-CME-STAE-2015, del 30-10-2015, se informa sobre la aprobación del "Formato de Historia Clinica Pre Hospitalaria Suscinta - HCPHS", documento adecuado al Art. 10° del "Reglamento Nacional para Transporte Asistido de Pacientes por vía Terrestre"

Mediante Carta N° 1075-SG-STAE-GOF-EsSalud-2015, del 30-10-2015, se realizo el requerimiento de Contratación del Servicio de Impresiones de Formateria de STAE - 2015 (TDR).

A fin de ampliar la cobertura de atención a los pacientes usuarios de PADOMI, se incrementaron las Unidades Móviles para las visitas oportunas a zonas alejadas y de alto riesgo; igualmente se aprobaron HE y Horas RPCT





Econ. A. Verástegui
Sub Gerente
ESSALUD

Ing. A. ROJAS
ESSALUD

V°B°
V. REYNA
Gerente
ESSALUD