



PERU Ministerio de Salud

Hospital Nacional "Dos de Mayo"



Documento Técnico
PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA
CALIDAD

2018

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	2
II.	FINALIDAD	2
III.	OBJETIVOS	2
IV.	AMBITO DE APLICACIÓN	3
V.	BASE LEGAL	4
VI.	CONTENIDO	4
VII.	RESPONSABILIDADES	5
VIII.	PRESUPUESTO	6
IX.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	6



Documento Técnico:
PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2018
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"

I. INTRODUCCION

"La Calidad de la atención en salud consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice los beneficios para la salud, sin aumentar en forma proporcional los riesgos. El grado de calidad, es por lo tanto, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios". *Avedis Donabedian.*

La calidad de atención en salud es multidimensional, siendo el desempeño técnico, el acceso a los servicios, la efectividad de la atención, la eficiencia de la entrega de servicios, las relaciones interpersonales, la continuidad de los servicios, la seguridad, la elección, la infraestructura física y la comodidad, las dimensiones que se deben hallar presentes en toda atención de salud brindada al paciente.

El Ministerio de Salud viene promoviendo la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud así como la Política Nacional de Calidad en Salud. En este contexto el Hospital Nacional Dos de Mayo desarrolla en el marco de la visión, misión, políticas y objetivos estratégicos institucionales, el presente Plan para contribuir al mejoramiento de los servicios de salud y la calidad de atención de sus pacientes.

II. FINALIDAD

Mejorar la calidad y la seguridad de la atención en los servicios que brinda el Hospital Nacional Dos de Mayo

III. OBJETIVOS

Basados en la Matriz de Programación del Plan de Gestión de la Calidad de las IPRESS -2018 remitidos por el Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud - Unidad Funcional de Gestión de la Calidad del MINSA se plantean los siguientes objetivos

Objetivo General

Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en las Oficinas y Departamentos del Hospital Nacional "Dos de Mayo" con la participación activa del personal.



Objetivos Específicos

OE.1: Implementar el Plan de Seguridad del Paciente

1. Organizar los equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente
2. Promover los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente
3. Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo
4. Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación-Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso
5. Implementar Rondas de Seguridad de Seguridad del Paciente
6. Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Adversos
7. Fortalecer el Sistema de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud

OE.2: Implementar el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención

1. Desarrollar actividades de socialización que involucren y motiven al personal de salud
2. Establecer procesos para la difusión, implementación y evaluación de la aplicación de las Guías de Práctica Clínica y/o Procedimientos asistenciales
3. Fortalecer la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud
4. Optimizar la información y capacitación en Auditoría

OE.3: Implementar el Plan de Autoevaluación

1. Organizar y planificar para la Autoevaluación
2. Realizar la autoevaluación
3. Analizar resultados de la Autoevaluación

OE 4: Promover la Mejora Continua

1. Fortalecer las competencias en proyectos de mejora
2. Implementar acciones de mejora

OE 5: Fortalecer la Información para la Calidad

1. Medición de la satisfacción del usuario externo

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan Anual de Gestión de la Calidad 2018 es de conocimiento, aplicación y cumplimiento obligatorio en todas las Oficinas y Departamentos del "Hospital Nacional Dos de Mayo"



V. BASE LEGAL

1. Ley N° 26842, "Ley General de Salud"
2. Ley N° 27815, "Ley del Código de Ética de la Función Pública"
3. Ley N° 29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
4. Decreto Supremo N° 016-2002-SA, que aprueban el reglamento de Ley N° 27604 que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos
5. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
6. Resolución Ministerial N° 041-2005/MINSA, que aprueba la Directiva N° 049-MINSA/DGSP-V.01: "Directiva para el funcionamiento del Equipo de Gestión de Calidad en las Direcciones de Salud"
7. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
8. Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la N.T. N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Acreditación de Servicios de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
9. Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, que aprueba el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud".
10. Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Dos de Mayo
11. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba la "Política Nacional de Calidad en Salud".
12. Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la Gestión de la Calidad"
13. Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la N.T. N° 029-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud".
14. Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".

VI. CONTENIDO

ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES

Para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad es importante tener en consideración los enfoques conceptuales y los principios que la rigen:

ENFOQUES CONCEPTUALES PARA UNA POLÍTICA DE CALIDAD EN SALUD

- Calidad en salud como expresión del desarrollo humano
- Calidad en salud como expresión de derecho a la salud
- Calidad en salud como enfoque gerencial en las organizaciones de salud
- Calidad en salud como estrategia de desarrollo y mejoramiento de los servicios de salud.

Estos enfoques conceptuales permiten reforzar la orientación de la gestión de la calidad con relación a:



Las personas, provisión de servicios de salud seguros, oportunos, accesibles y equitativos; calidad con enfoque intercultural y de género; búsqueda de la satisfacción de los usuarios; acceso a los mecanismos de atención al usuario.

Los trabajadores, cultura ética de la calidad; trabajo en equipo.

Las unidades prestadoras, asesoría sostenida; gestión de recursos; mejoramiento continuo; evaluación de los procesos prestacionales.

La sociedad, participación social para la calidad en salud.

PRINCIPIOS DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD

- **Enfoque al usuario**, la institución depende de sus usuarios, por lo tanto debe entender sus necesidades presentes y futuras, satisfacer sus demandas específicas y esforzarse en exceder sus expectativas.
- **Liderazgo**, el cumplimiento de los objetivos de la calidad requiere de líderes que conduzcan a sus servicios a la mejora continua.
- **Participación del personal**, el personal de todos los niveles es la esencia de la institución, pues mediante su compromiso posibilita el uso de sus habilidades y conocimientos en beneficio de la calidad.
- **Enfoque basado en procesos**, un resultado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como proceso.
- **Enfoque sistémico para la gestión**, identificar, comprender y gestionar los procesos interrelacionados como sistema, contribuye a la eficiencia y eficacia de la institución.
- **Mejora continua de la calidad**, la mejora continua del desempeño global de la institución debe generar una necesidad permanente de elevar los estándares de calidad técnicos, humanos y administrativos.
- **Toma de decisiones basada en evidencias**, las decisiones eficaces se basan en el análisis de datos y la información.

VII. RESPONSABILIDADES

El personal que labora en el Hospital Nacional Dos de Mayo, es responsable del cumplimiento permanente de lo dispuesto en el presente Plan.

Las Jefaturas de Departamentos y Oficinas son responsables de implementar las actividades que le corresponden y remitir la información respectiva a la Oficina de Gestión de la Calidad.

En el caso de los Comités/Equipos de Departamentos/Oficinas relacionados con las líneas de trabajo de Gestión de la Calidad, la información debe ser remitida a través de las Jefaturas correspondientes.

El Comité de Auditoría Médica deberá coordinar permanentemente con la Oficina de Gestión de la Calidad.



VIII. PRESUPUESTO

OE1: Las actividades de seguridad implican participación institucional, por lo que muchas de ellas tienen presupuesto en diferentes UPS y UPSS, como es el caso de capacitación que está programada en el PDP, bioseguridad en la Oficina de Epidemiología y Saneamiento Ambiental. Entonces, para generar productos básicamente documentarios en la Oficina de Gestión de la Calidad, se requerirán S/. 600.00 nuevos soles.

OE2: Las actividades de Auditoría implican participación institucional, por lo que muchas ellas tienen presupuesto en diferentes UPS y UPSS, como es el caso de capacitación que está programada en el PDP. Entonces, para generar productos básicamente documentarios en la Oficina de Gestión de la Calidad, se requerirán S/. 1000.00 soles.

OE3: Las actividades de Autoevaluación implica participación institucional, por lo que muchas de ellas tienen presupuesto en diferentes UPS y UPSS, como es el caso de capacitación que está programada en el PDP. Entonces, para generar productos básicamente documentarios en la Oficina de Gestión de la Calidad, se requerirán S/. 1700.00 soles.

OE4: Las actividades para la mejora continua implica participación institucional, por lo que muchas de las actividades tienen presupuesto en diferentes UPS y UPSS, como es el caso de capacitación que está programada en el PDP.

OE5: La aplicación de las encuestas se realiza a través de terceros y requiere un presupuesto aproximado de S/. 15000.00 soles

Presupuesto calculado para las actividades no presupuestadas en otras UPS y UPSS es de S/. 18,300.00 soles.

El presupuesto desagregado se visualiza con el cronograma de actividades.

IX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



Hospital Nacional "Dos de Mayo"
Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad 2018

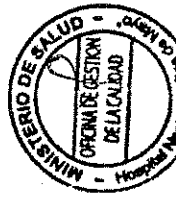
OBJETIVO	ACTIVIDADES	TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	META DE CUMPLIMIENTO	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN AÑO 2018												PRESUPUESTO	RESPONSABLE
					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC		
OBJ 1. IMPLEMENTAR EL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Organizar los equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente	Actualización de la Resolución Directoral que conforma el Equipo de Rondas. Actualización de la Resolución Directoral que conforma el Equipo Conductor para la implementación de la LVSC y las Coordinadoras de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. Actualización de la Resolución Directoral que conforma el Comité de Análisis de Eventos Centinela.	Resolución Directoral	1	1												0	Dirección General
		Capacitación en Gestión del Riesgo Asistencial, Rondas de Seguridad del Paciente	Persona capacitada	40			1										SI. 6000 (Programado en FDP)	Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación
		Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo	Capacitación para fortalecer los aspectos técnicos de la aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía dirigido a personal que labora en las Áreas Quirúrgicas y Centro Quirúrgico	Persona capacitada	80	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	SI. 100	Dpto de Anestesia y Centro Quirúrgico Dpto de Cirugía Dpto de Enfermería Dpto de Gineco-Obstetricia Dpto de Cirugía de Torax y Cardiovascular
		Registrar el Sistema de Registro, Notificación de Incidentes, Eventos Adversos.	Capacitación en el Sistema de Registro, Notificación de Incidentes, Eventos Adversos.	Persona capacitada	40				1								0	Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación
		Registrar el Sistema de Registro, consolidación e informe mensual de los eventos adversos	Capacitación en el Análisis de Eventos Centinela.	Persona capacitada	40				1								0	Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación
		Mejora del Incidente y Evento Adverso	Reuniones de Análisis Causal de eventos adversos.	Informe	2					1							0	Oficina de Gestión de la Calidad
			Evaluación trimestral de los formatos de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía aplicadas.	Informe	4			1									0	Oficina de Gestión de la Calidad
		Promover los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente	Evaluación mediante observación directa de las fases de aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.	Informe	4			1									Costos programados en actividades del Dpto. de Anestesia y Centro Quirúrgico	Dpto. de Anestesia y Centro Quirúrgico
			Aplicación trimestral de la Encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad del Paciente según Guía Técnica.	Informe	2						1						0	Oficina de Gestión de la Calidad
			Aplicación de la Encuesta para evaluar el conocimiento de la Lista de Verificación de la Seguridad del Paciente	Informe	3				1								SI. 200	Oficina de Gestión de la Calidad



Hospital Nacional "Dos de Mayo"
Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad 2018

OBJETIVO	ACTIVIDADES	TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	META DE CUMPLIMIENTO	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN AÑO 2018												PRESUPUESTO	RESPONSABLE
					FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGOS.	SET.	OCT.	NOV.	DIC.			
01. IMPLEMENTAR EL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Implementar Rondas de Seguridad del Paciente	Ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente.	Informe	4		1			1						1		Oficina de Gestión de la Calidad	
		Monitoreo de las acciones de mejora post ronda.	Informe	4		1			1						1		Oficina de Gestión de la Calidad	
	Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Adversos	Análisis de los eventos adversos mediante la Metodología del Protocolo de Londres.	Informe	4			1			1					1		Oficina de Gestión de la Calidad	
		Elaboración del Plan anual de prevención y control de las IASS.	Resolución Directoral	1				1									Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental	
		Evaluación de la implementación de los Seis Lineamientos para la Prevención y Control de las IASS (LPI) según objetivos y estrategias del Documento Técnico Lineamiento para la vigilancia, prevención y control de las IASS.	Informe	2					1						1		Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental	
	Fortalecer el Sistema de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.	Evaluación de la aplicación de la metodología Bundle.	Informe	3			1								1		Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental	
		Capacitación del proceso de higiene de manos	Informe	4			1			1					1		Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental	
		Monitoreo de higiene de manos: Adherencia a la técnica de lavado de manos clínico.	Informe	4			1								1		Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental	

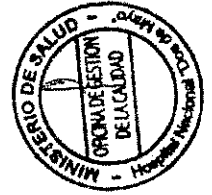
Las actividades de seguridad implica participación insitucional, por lo que muchas de las actividades tienen presupuesto en diferentes UPS y UPSS, como es el caso de capacitación que está programada en el PDP. Entonces, para generar productos básicamente documentarios en la OGC, se requerirán 600 soles.



Hospital Nacional "Dos de Mayo"
Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad 2018

ACTIVIDADES	TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	META DE CUMPLIMIENTO	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN AÑO 2018												PRESUPUESTO	RESPONSABLE		
				BIE	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGOS.	SET.	OCT.	NOV.	DIC.				
<p>Desarrollar actividades de socialización que involucren y motiven al personal de la institución en cuanto a la aplicación de los criterios de calidad establecidos en la Norma Técnica.</p>	a. Elaboración del Plan de Auditoría de la Calidad 2018.	Plan elaborado	1														0	Oficina de Gestión de la Calidad	
	b. Aprobación del Plan de Auditoría de la Calidad 2018.	Resolución Directoral	1	1													0	Dirección General	
	c. Difusión del Plan de la Calidad de Atención en Salud 2018 a los diferentes Departamentos de la institución.	Memorandum Correo Electrónico	1	1	1													0	Oficina de Gestión de la Calidad
	d. Evaluación del cumplimiento de Plan Anual de Auditoría de Calidad 2018.	Informe	4			1												0	Oficina de Gestión de la Calidad
	e. Reestructuración o ratificación de los Comités de Auditoría y oficialización mediante Resolución Directoral.	Resolución Directoral	1			1												0	Dirección General
<p>Establecer procesos para la evaluación de la aplicación de las Guías de Práctica Clínica y/o Procedimientos asistenciales</p>	a. Consolidar el listado de Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos Asistenciales vigentes	Informe	2							1							SI 200	Oficina de Gestión de la Calidad	
	b. Realizar reuniones de coordinación, sensibilización y promoción del uso, y actualización de las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos Asistenciales	Informe	2							1							0	Oficina de Gestión de la Calidad	
	c. Medir la adherencia de OPC de las patologías prevalentes en hospitalización.	Informe	4			1											0	Jefaturas de Departamentos	
	d. Asesorar en la formulación de Guías de Práctica Clínica, Guías de Procedimientos, Listas de Verificación y Consentimientos Informados.	Reporte	4			1											0	Oficina de Gestión de la Calidad	

DE ATENCION EN SALUD
OE.2. IMPLEMENTAR EL PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD



Hospital Nacional "Dos de Mayo"
Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad 2018

ACTIVIDADES	TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	META DE CUMPLIMIENTO	CRONOGRAMA DE EJECUCION AÑO 2018												PRESUPUESTO	RESPONSABLE		
				ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC				
OE.2. IMPLEMENTAR EL PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION EN SALUD	a. Identificar los Servicios que serán auditados en coordinación con el Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en salud y los Comités de los Departamentos b. Implementar la Auditoría de la Calidad de Atención. c. Implementar la Auditoría de Proceso. d. Coordinar con el Comité de Auditoría médica para la realización de la Auditoría de Caso. e. Generar base de datos de las recomendaciones emitidas en las auditorías. f. Seguimiento de la implementación se las recomendaciones. g. Elaborar informe serrealist de Auditorías de la Calidad de atención realizadas según tipo de auditoría (programada y no programada)	Acla	2				1	1									0	RESPONSABLE DE LINEA DE AUDITORIA OGC	
		Informe	4					1	1									0	COMITES DE AUDITORIA DE ATENCION DE LA CALIDAD POR DEPARTAMENTO
		Informe	4					1	1									0	COMITÉ DE AUDITORIA DE ATENCION DE LA CALIDAD POR DEPARTAMENTO
	Fortalecer la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	Informe	4					1	1									200	RESPONSABLE DE LINEA DE AUDITORIA OGC
		Informe	4					1	1									0	RESPONSABLE DE LINEA DE AUDITORIA OGC
		Informe	2															0	RESPONSABLE DE LINEA DE AUDITORIA OGC
	Optimizar la información y capacitación en Auditoría	Informe	2															0	RESPONSABLE DE LINEA DE AUDITORIA OGC
		Correo Electrónico	2															0	RESPONSABLE DE LINEA DE AUDITORIA OGC
		Informe	2															0	RESPONSABLE DE LINEA DE AUDITORIA OGC
		c. Capacitación a los comités de auditoría de la calidad de la atención en salud.	Informe	2														0	RESPONSABLE DE LINEA DE AUDITORIA OGC

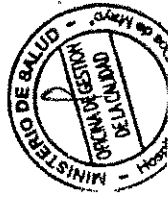
Las actividades de Auditoría implica participación institucional, por lo que muchas de las actividades tienen presupuesto en diferentes UPS y UPSS, como es el caso de capacitación que está programada en el PDP. Entonces, para generar productos básicamente documentarios en la OGC, se requerirán 1000 soles.



Hospital Nacional "Dos de Mayo"
Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad 2018

ACTIVIDADES	TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	META DE CUMPLIMIENTO	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN AÑO 2018												PRESUPUESTO	RESPONSABLE
				ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC		
03. IMPLEMENTAR EL PLAN DE AUTOEVALUACION	Comunicación de los evaluadores internos	Resolución directoral	1		1											0	Dirección General
	Capacitación a los evaluadores internos	Persona capacitada	40			1										SI. 2000 (Programado en el PDP)	Oficina de Apoyo a la Docencia y Capacitación
	Elaboración del plan y designación de líder	Lista de asistencia	1		1											0	Evaluadores Internos
	Designación de responsables por macroproceso	Listado	1		1											0	Oficina de Gestión de la Calidad
	Aprobación del plan de autoevaluación	Resolución directoral	1		1											0	Oficina de Gestión de la Calidad
	Difusión del proceso de autoevaluación	Banner		3				1								SI. 300	Oficina de Comunicaciones
		Diplicios		2000					1							SI. 400	Oficina de Comunicaciones
	Realizar la Autoevaluación	Difusión del plan de autoevaluación 2018	Correo electrónico Página web	1						1						0	Dirección General
		Reunión de análisis de los fuentes de verificación de los criterios de acreditación con el equipo de evaluadores internos y responsables de macroprocesos	Lista de asistencia	1							1					SI. 400	Oficina de Gestión de la Calidad
		Aplicación de la lista de estándares de acreditación	Hojas de registro de datos para autoevaluación	21								1				SI. 200	Oficina de Gestión de la Calidad
Procesamiento de datos y análisis de resultados		Datos en aplicativo MARS	1									1			0	Lider de evaluadores internos	
Analizar resultados	Elaboración del informe del proceso de autoevaluación	Informe	1										1		SI. 400	Oficina de Gestión de la Calidad	

Las actividades de Autoevaluación implica participación institucional, por lo que muchas de las actividades tienen presupuesto en diferentes UPS y UPSS, como es el caso de capacitación que está programada en el PDP. Entonces, para generar productos básicamente documentarios en la OGC, se requerirán 1700 soles.



Hospital Nacional "Dos de Mayo"
Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad 2018

	ACTIVIDADES	TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	META DE CUMPLIMIENTO	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN AÑO 2018												PRESUPUESTO	RESPONSABLE
					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC		
OEA PROMOVER LA MEJORA CONTINUA	Fortalecer las competencias en proyectos de mejora	Capacitación en proyectos y/o acciones de mejora	Persona capacitada	30								1	1				Si 7000 (Programado en el PDP)	Oficina de Apoyo a la Docencia y Capacitación
	Implementar acciones de mejora	Elaborar el listado de acciones/ planes/proyectos de mejora	Listado	2						1							0	Oficina de Gestión de la Calidad
		Monitoreo de acciones/ planes/proyectos de mejora	Informe	2							1						0	Oficina de Gestión de la Calidad

Las actividades para la mejora continua implica participación institucional, por lo que muchas de las actividades tienen presupuesto en diferentes UPS y UPSS, como es el caso de capacitación que está programada en el PDP.

	ACTIVIDADES	TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	META DE CUMPLIMIENTO	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN AÑO 2018												PRESUPUESTO	RESPONSABLE
					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC		
OEA FORTALECER LA INFORMACION PARA LA CALIDAD	Medición de la satisfacción del usuario externo	Aplicación de la Encuesta SERVQUAL	Informe	1										1			Si 15000	Oficina de Gestión de la Calidad

La aplicación de las encuestas se realiza a través de terceros y requiere un presupuesto aproximado de 15,000 soles

