



Nº 22 -2023 -DG-INSN

RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 09 de febrero de 2023

VISTO:

El Expediente con Registro Nº DG-02417-2023 que contiene el Memorando Nº 120-2023-OGC-INSN, con el cual se hace llegar el Documento Técnico: "Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad del INSN 2023", remitido por la Oficina de Gestión de la Calidad y solicitando su aprobación mediante la Resolución Directoral correspondiente, y;



CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título preliminar de la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad y calidad;

Que, de conformidad con el Artículo 12º del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado por Resolución Ministerial Nº 083-2010/MINSA, de fecha 04 de febrero del año 2010, la Oficina de Gestión de la Calidad es el Órgano encargado de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad para promover la mejora continua de la Calidad en los procesos asistenciales y administrativos de atención al paciente en el Instituto Nacional de salud del Niño;

Que, mediante Informe Nº 054-OEPE-INSN-2023, la Directora Ejecutiva de la Oficina ejecutiva de Planeamiento Estratégico, emite opinión favorable a la propuesta del Documento Técnico: "Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad del INSN 2023";

Que, mediante Memorando Nº 120-2023-OGC-INSN, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad hace llegar a la Dirección General el Documento Técnico: "Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad del INSN 2023";



Que, con Memorando Nº 56-2023-DG/INSN, el Director General aprueba el Documento Técnico: "Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad del INSN 2023", elaborado por la Oficina de Gestión de la Calidad, el mismo que cuenta con opinión favorable de la instancia respectiva y autoriza la emisión del acto resolutivo correspondiente;

Que, la propuesta del Documento Técnico: "Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad del INSN 2023", tiene como objetivo mejorar continuamente la calidad de los servicios del Instituto Nacional de Salud del Niño, mediante el desarrollo de una cultura de calidad sensible a las necesidades y expectativa de los usuarios internos y externos, que tenga un impacto en los resultados de la atención del paciente;



Con la visación de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, la Oficina de Asesoría Jurídica y la Oficina de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional de Salud del Niño; y,



De conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado por Resolución Ministerial N° 083-2010/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo Primero. - Aprobar el Documento Técnico: "Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad del INSN 2023", que consta de (19) páginas.

Artículo Segundo. - Encargar a la Oficina de Estadística e Informática la publicación de la presente resolución en la página web del Instituto Nacional de Salud del Niño.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese.



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

M.C. JAIME AMADEO TASAYCO MUÑOZ
DIRECTOR GENERAL (e)
C.M.P. 18872 - R.N.E. 034554

JATM/ REK
DISTRIBUCIÓN:

- () DG
- () OEI
- () OEA
- () OEPE
- () OAJ
- () OGC
- () OP



Instituto Nacional de Salud del Niño

Líder en Pediatría



**OFICINA DE GESTIÓN
DE LA CALIDAD**

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

**PLAN ANUAL DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
EN EL INSN - 2023**



ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	
II. FINALIDAD	2
III. OBJETIVOS	3
3.1. OBJETIVO GENERAL:	3
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	3
IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN	3
V. BASE LEGAL	3
VI. ESTRATEGIA	5
VII. ACTIVIDADES POR OBJETIVO ESPECÍFICO	5
7.1. FORTALECER LA ORGANIZACIÓN DE LA CALIDAD.	5
7.2. FORTALECER LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO.	5
7.3. GESTIONAR EL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	5
7.4. GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO POR LOS PROFESIONALES DE SALUD, DE ESTÁNDARES Y REQUISITOS DE CALIDAD DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN EN SALUD A LOS USUARIOS DE MANERA INDIVIDUAL, MEDIANTE PROCEDIMIENTO SISTEMÁTICO Y CONTINUO DE EVALUACIÓN A TRAVÉS DE LAS AUDITORÍAS DE CALIDAD.	6
7.5. PROMOVER Y FORTALECER EL DESARROLLO DE PROYECTOS Y/O ACCIONES DE MEJORA INSTITUCIONAL DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN.	6
7.6. FORTALECER EL PROCESO DE EVALUACIÓN INTEGRAL DE LA CALIDAD PARA LA ACREDITACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO.	7
7.7. FORTALECER LOS MECANISMOS DE ATENCIÓN E INFORMACIÓN AL USUARIO EXTERNO A TRAVÉS DE LA PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO EN SALUD.	7
7.8. CONOCER Y ANALIZAR INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN.	7
7.9. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN SANITARIA DE LAS IAAS PARA LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN	8
VIII. RECURSOS NECESARIOS	8
8.1. RECURSOS ECONÓMICOS (PRESUPUESTO).	8
8.2. RECURSOS HUMANOS.	10
8.3. MATERIALES.	10
8.4. OTROS.	11
IX. RESPONSABILIDADES	11
9.1. DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.	11
9.2. DE LA DIRECCIÓN GENERAL.	11
9.3. OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN.	11
X. EVALUACIÓN	11
XI. ANEXOS	12
	1



I. INTRODUCCIÓN

La Política Nacional de Calidad en Salud señala que los proveedores de atención de salud asumen la responsabilidad del cumplimiento de normas y estándares de infraestructura, equipamiento, aprovisionamiento de insumos, procesos y resultados de atención; la implementación de mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud, la protección de los derechos de los usuarios, que se vele por un trato digno, con el enfoque de interculturalidad, de género y se facilite el ejercicio de la vigilancia ciudadana en salud; asimismo, se implementen sistemas y procesos organizacionales orientados al desarrollo de una cultura centrada en las personas y hacer de la mejora continua su tarea central.

La Oficina de Gestión de la Calidad es el órgano encargado de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Instituto, para promover la mejora continua de los procesos asistenciales y administrativos de atención al paciente, con la participación activa del personal.

El sistema de gestión de calidad aprobado con RM N°519-2006/MINSA define el marco de las acciones de la Oficina de Gestión de la Calidad, teniendo como objetivo general "mejorar continuamente la calidad de los servicios, recursos y tecnologías del sector salud, mediante el desarrollo de una cultura de calidad, sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos que sea claramente percibida por la población" y dentro de sus objetivos específicos el "lograr la satisfacción de los usuarios del servicio".

Para el presente año 2023 siguiendo la línea de los objetivos señalados, la Oficina de Gestión de la Calidad se ha planteado alcanzar como resultado, fortalecer la efectividad de las intervenciones de mejora de la calidad y seguridad de la atención que contribuyan a lograr la Acreditación del instituto, habiendo previamente aprobado en el periodo 2022 la Autoevaluación con 87.62%; con ello garantizar una atención segura y centrada en el usuario.

II. FINALIDAD

Contribuir al logro de los objetivos estratégicos institucionales de calidad, establecidos en el Sistema de Gestión de la Calidad y en los documentos de Gestión del INSN.



III. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL:

Fortalecer la calidad de atención de los servicios ofertados mediante el desarrollo de una cultura de calidad sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos, y que contribuyan a lograr la acreditación del instituto.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Fortalecer la organización para la calidad en el INSN.
- ✓ Fortalecer la implementación de la lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en Centro quirúrgico
- ✓ Gestionar el Riesgo y las Buenas prácticas de atención para la Seguridad del Paciente
- ✓ Garantizar el cumplimiento por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, mediante procedimiento sistemático y continuo de evaluación a través de las auditorías de calidad.
- ✓ Promover y fortalecer el desarrollo de proyectos y/o acciones de mejora institucional de los procesos de atención
- ✓ Fortalecer el Proceso de Evaluación Integral de la Calidad para la Acreditación del Instituto Nacional de Salud del Niño
- ✓ Fortalecer los mecanismos de atención e información al usuario externo a través de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud
- ✓ Conocer y analizar Información para la Calidad de la Atención Gestión de la Información Sanitaria de las IAAS para la calidad de la atención.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

- ✓ El presente Plan de Gestión de la Calidad es de aplicación en todos los departamentos y servicios del Instituto (áreas asistenciales y administrativas).

V. BASE LEGAL

- ✓ Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- ✓ Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de salud.

PLAN ANUAL DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL INSN - 2023



- ✓ Decreto Supremo N° 002-2019-SA, que aprueba el reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud-IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas
- ✓ Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- ✓ Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP. V02, "Norma Técnica de Salud para la acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- ✓ Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA que aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- ✓ Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".
- ✓ Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA Guía Técnica de Implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.
- ✓ Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA que aprueba la Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- ✓ Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA que aprueba la Guía Técnica: "Guía para la elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas de gestión de la calidad".
- ✓ Resolución Ministerial N° 491-2012/MINSA que aprueba el Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categoría III-2.
- ✓ Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA que aprueba el Documento Técnico: "Lineamiento para la Vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención en salud".
- ✓ Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA que aprueba la Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de Guía de Práctica Clínica.
- ✓ Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA que aprueba el Documento Técnico: Metodología para la elaboración de Guía de Práctica Clínica.
- ✓ Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA que aprueba la NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02 "Norma Técnica de salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud".



- ✓ Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN: Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud.

VI. ESTRATEGIA

Las estrategias a desarrollar por la Oficina de Gestión de la Calidad del Instituto, están orientadas hacia el fortalecimiento del rol gerencial mediante la búsqueda del compromiso de la Alta Dirección, Jefes de Departamento, Jefes de Servicios y Oficinas con los principios de la calidad y el conocimiento del modelo de gestión, herramientas y metodologías impulsados por el Sistema de Gestión de la Calidad del MINSA.

VII. ACTIVIDADES POR OBJETIVO ESPECÍFICO

7.1. FORTALECER LA ORGANIZACIÓN DE LA CALIDAD.

- ✓ Aprobación del Plan de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- ✓ Difusión del Plan de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- ✓ Ejecución del Plan Anual de Gestión de Calidad.
- ✓ Monitoreo del Plan Anual de Gestión de Calidad.

7.2. FORTALECER LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO.

- ✓ Evaluación mensual y semestral de la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- ✓ Ejecución de la encuesta de evaluación de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- ✓ Elaboración y aplicación de planes y/o acciones de mejora para asegurar la sostenibilidad de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- ✓ Realización de visitas inopinadas para constatar la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

7.3. GESTIONAR EL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

- ✓ Aprobación del Plan de Seguridad del Paciente.



- ✓ Registro, notificación y análisis de la ocurrencia de eventos adversos en salud
- ✓ Capacitación en Herramientas para la Gestión de la Seguridad del Paciente.
- ✓ Ejecución de Rondas de seguridad
- ✓ Optimizar la respuesta de los servicios evaluados en la Ronda de Seguridad.

7.4. GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO POR LOS PROFESIONALES DE SALUD, DE ESTÁNDARES Y REQUISITOS DE CALIDAD DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN EN SALUD A LOS USUARIOS DE MANERA INDIVIDUAL, MEDIANTE PROCEDIMIENTO SISTEMÁTICO Y CONTINUO DE EVALUACIÓN A TRAVÉS DE LAS AUDITORÍAS DE CALIDAD.

- ✓ Aprobación del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- ✓ Evaluación semestral de ejecución del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- ✓ Evaluación trimestral del avance de auditorías programadas.
- ✓ Actualización del Reglamento Interno de los Comités de Auditoría del INSN.

7.5. PROMOVER Y FORTALECER EL DESARROLLO DE PROYECTOS Y/O ACCIONES DE MEJORA INSTITUCIONAL DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN.

- ✓ Elaboración de proyectos y/o acciones de mejora a través de Asistencia Técnica.
- ✓ Resultados del desarrollo de proyectos y/o acciones de mejora en base a la problemática identificada referente a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y las prioridades sanitarias institucionales identificadas
- ✓ Monitorización trimestral de los proyectos y/o acciones Institucionalizados de mejora aprobados en la Institución.
- ✓ Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad (Asistencia Técnica y Capacitación en Proyectos de MCC).



7.6. FORTALECER EL PROCESO DE EVALUACIÓN INTEGRAL DE LA CALIDAD PARA LA ACREDITACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO.

- ✓ Comprometer y concientizar al personal de salud designado oficialmente como Evaluadores Internos para la autoevaluación.
- ✓ Capacitar y monitorear a los evaluadores internos entrenados en la Norma Técnica de Salud: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
- ✓ Programar y ejecutar la Autoevaluación para la Acreditación del INSN.
- ✓ Elaboración y cumplimiento del Plan de seguimiento y monitoreo de las acciones correctivas posterior a la autoevaluación.

7.7. FORTALECER LOS MECANISMOS DE ATENCIÓN E INFORMACIÓN AL USUARIO EXTERNO A TRAVÉS DE LA PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO EN SALUD.

- ✓ Supervisión y monitoreo de la Plataforma de Atención al Usuario y Libro de Reclamaciones: Implementados y funcionando.
- ✓ Difusión de los Derechos de las Personas Usuarias de los servicios de salud.
- ✓ Capacitación al personal de la Institución sobre "Buen Trato al Usuario" y "Promoción de los Derechos de los Usuarios Externos en los Servicios de Salud" según ley 29414 y Gestión de Reclamos según decreto Supremo N° 002-2019-SA.

7.8. CONOCER Y ANALIZAR INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN.

- ✓ Medición de la satisfacción del usuario
- ✓ Medición de los tiempos de espera y movimientos en consulta externa/emergencia.



7.9. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN SANITARIA DE LAS IAAS PARA LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN.

- ✓ Monitorización de forma integral la vigilancia, prevención y control de las IAAS/IIH en el Instituto.
- ✓ Monitorización de la adherencia de higiene de manos en los servicios del instituto.

VIII. RECURSOS NECESARIOS

Los objetivos, indicadores y actividades del Instituto Nacional de Salud del Niño, se encuentran articulados a los Objetivos Estratégicos del Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud 2019-2024, aprobado con RM N° 621-2021/MINSA.

En tanto la Oficina de Gestión de Calidad se articula con el *OEI 04 fortalecer la rectoría y la gobernanza sobre el sistema de salud, y la gestión institucional; para el desempeño eficiente, ético e íntegro, en el marco de la modernización de la gestión pública; en la actividad estratégica institucional AEI 04.02 Gestión orientada a resultados al servicio de la población.*

8.1. RECURSOS ECONÓMICOS (PRESUPUESTO).

Tabla 1.

	TAREA	Meta Anual 2023	SERVICIOS	BIENES	TOTAL PRESUPUESTO
Ejecutar de manera ordenada, secuencial y coherente las acciones a realizar en la Oficina de Gestión de la calidad en el año 2023	Fortalecer la organización de calidad mediante la ejecución del Plan de la Oficina de Gestión de la Calidad	2	S/ 49,500	S/ 1,118.6	S/ 50,618.6
	Fortalecer la implementación de la lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en Centro quirúrgico.	2	S/ 49,500	S/ 1,118.6	S/ 50,618.6
	Procedimiento para el registro, notificación y el análisis sobre la ocurrencia de incidentes y/o eventos adversos RM N° 727-2009/MINSA, que aprueba el "Documento Técnico, Políticas de Calidad en Salud"	3	S/ 49,500	S/ 1,118.6	S/ 50,618.6
	Garantizar el cumplimiento por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, mediante procedimiento sistemático y continuo de evaluación a través de las auditorías de calidad.	2	S/ 49,500	S/ 1,118.6	S/ 50,618.6

PLAN ANUAL DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL INSN - 2023



TAREA	Meta Anual 2023	SERVICIOS	BIENES	TOTAL PRESUPUEST
Promover y fortalecer la Cultura de Calidad por la Mejora Continua de la Calidad.	2	S/ 49,500	S/ 1,118.6	S/ 50,618.6
Fortalecer el Proceso de Evaluación Integral de la Calidad para la Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.	1	S/ 49,500	S/ 1,118.6	S/ 50,618.6
Fortalecer las buenas prácticas de atención y gestión del riesgo: Rondas de Seguridad	1	S/ 49,500	S/ 1,118.6	S/ 50,618.6
Gestionar las Relaciones con el Usuario Externo mediante el fortalecimiento de la Plataforma de Atención al Usuario y la Satisfacción del Usuario.	2	S/ 52,910	S/ 1,118.6	S/ 54,028.6
Información para la calidad de la Atención y la Satisfacción del Usuario.	1	S/ 10,000	S/ 1,118.6	S/ 11,118.6
TOTAL	16	S/ 409,410	S/ 10,067.2	S/ 419,477.2

Los montos consignados en el cuadro anterior podemos apreciar, en la columna de “Bienes”, correspondiente a los materiales e insumos necesarios para la realización de las actividades de la OGC, incluyendo la PAUS. (Tabla 1).

En la columna de “SERVICIOS”, corresponde al Número Especifico de Gasto 23.27.11.99 de Servicios Diversos, en función al personal contratado el 2023 en la modalidad de locación de servicios, para poder realizar a cabalidad las actividades de la Oficina, y que actualmente siguen laborando, siendo éstos: 04 Médicos Auditores, ubicados en la OGC; 05 Guías Hospitalarias (turno de 6 hrs) y 01 personal administrativo ubicados en la Plataforma de Atención al Usuario (PAUS); así como los servicios contratados para la realización de la medición de Satisfacción del Usuario Externo con la Encuesta SERVQUAL y medición de Tiempos de Espera, que se realizan anualmente. (Tabla 3)

Tabla 2: Presupuesto para Bienes requeridos

	*COSTO UNIDAD	CANT x AÑO	*TOTAL POR AÑO
Toner Lexmark MX711 25k	S/. 1,200.00	3	S/. 3,600.00
Toner HP Laserjet 1022	S/. 395.00	12	S/. 4,740.00
Hojas	S/. 20.00	48	S/. 960.00
Plumones para pizarra (caja x4)	S/. 9.00	2	S/. 18.00
Mota de pizarra acrílica	S/. 3.60	4	S/. 14.40
Notas adhesivas (pqte. x 500)	S/. 10.00	2	S/. 20.00
Lapiceros	S/. 0.50	24	S/. 12.00
Clips (caja x100)	S/. 3.00	10	S/. 30.00

PLAN ANUAL DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL INSN - 2023



	*COSTO UNIDAD	CANT x AÑO	*TOTAL POR AÑO
Grapas (Caja x 5000)	S/. 3.60	1	S/. 3.60
Archivadores	S/. 8.00	24	S/. 192.00
Folder Manila A4 (pqte x 25)	S/. 9.10	12	S/. 109.20
Fasteners (caja x50)	S/. 6.00	6	S/. 36.00
USB 64 GB	S/. 50.00	1	S/. 50.00
Tablillas acrílicas con sujetador	S/. 10.50	20	S/. 210.00
Cartulina dúplex 190gr.	S/. 3.00	24	S/. 72.00
			S/. 10,067.20

Tabla 3: Presupuesto para Servicios requeridos ()**

Médico Auditor	S/. 6,000.00	12	S/. 72,000.00
Médico Auditor	S/. 6,000.00	12	S/. 72,000.00
Médico Auditor	S/. 6,000.00	12	S/. 72,000.00
Médico Auditor	S/. 6,000.00	12	S/. 72,000.00
Guía Hospitalario (6 hrs)	S/. 1,500.00	12	S/. 18,000.00
Guía Hospitalario (6 hrs)	S/. 1,500.00	12	S/. 18,000.00
Guía Hospitalario (6 hrs)	S/. 1,500.00	12	S/. 18,000.00
Guía Hospitalario (6 hrs)	S/. 1,500.00	12	S/. 18,000.00
Guía Hospitalario (6 hrs)	S/. 1,500.00	12	S/. 18,000.00
Auxiliar administrativo (6 hrs)	S/. 1,500.00	12	S/. 18,000.00
			S/. 396,000.00
Vestuario	S/. 100.00	20	S/. 2,000.00
Impresión de flujogramas	S/. 15.00	50	S/. 750.00
Impresión de tríptico de derechos del usuario (costo por millar)	S/. 220.00	3000	S/. 660.00
Encuesta de Satisfacción del usuario - SERVQUAL y Medición de Tiempos de espera	S/. 10,000.00	1	S/. 10,000.00

(*) Valor referencial

(**) Según personal por locación de servicios que actualmente laboran en OGC y PAUS, y valor* de cotización de Encuesta SERVQUAL 2021.

8.2. RECURSOS HUMANOS.

- ✓ Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- ✓ Guías Hospitalarias.
- ✓ Integrantes de Comités que dependen de la OGC.

8.3. MATERIALES.

- ✓ Hojas Bond A4, para impresión/fotocopiado de trípticos.
- ✓ Lápices 2B.
- ✓ Borradores Grandes.
- ✓ Lapiceros color Azul y Rojo.
- ✓ Folders de manila A4.
- ✓ Fasteners.
- ✓ Plumones para pizarra acrílica.
- ✓ Notas adhesivas.
- ✓ Clips.
- ✓ Grapas.



- ✓ Cartulinas dúplex 190gr.
- ✓ Tableros acrílicos con sujetador.
- ✓ Tóner para impresora HP Laserjet 1022.
- ✓ Tóner para impresora multifuncional Lexmark MX711.
- ✓ Impresiones de trípticos y afiches de flujogramas
- ✓ Computadoras.
- ✓ Archivadores.

8.4. OTROS.

- ✓ Capacitaciones.
- ✓ Refrigerios.

IX. RESPONSABILIDADES

9.1. DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.

La Oficina de Gestión de Calidad es la responsable del cumplimiento, monitoreo y evaluación del presente Plan.

9.2. DE LA DIRECCIÓN GENERAL

Promover y Apoyar las actividades del presente Plan.

9.3. OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN.

Brindar el apoyo logístico para el cumplimiento del Plan.

X. EVALUACIÓN

Los avances respecto a la implementación del Plan Anual de Gestión de la Calidad 2023 se medirán a través de los indicadores descritos en la Matriz de programación del Plan de Gestión de la Calidad 2023.



XI. ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2023 DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

OBJETIVOS	DEFINICIONES OPERACIONALES	ACTIVIDADES	INDICADOR TRAZADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	META DE CUMPLIMIENTO ANUAL	PERIODICIDAD DE REPORTE	RESPONSABLES	PROGRAMACIÓN 2023
1. Fortalecer la organización de la Calidad en el INSN	Mejora continua de la calidad de los servicios ofertados, recursos y tecnológicos mediante el desarrollo de una cultura de Calidad, sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios externos. RM.519-2006/MINSA aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en salud "	Aprobar el Plan de la Oficina de Gestión de la calidad	Plan elaborado y aprobado por la Oficina de Gestión de la Calidad.	RD. de aprobación del Plan de la Oficina de Gestión de la Calidad.	Uno (01)	ANUAL	Dirección General / Oficina de Gestión de la Calidad	1
		Difusión del Plan de la Oficina de Gestión de la Calidad	Documento de difusión para conocimiento del Plan Anual de la OGC	Memorando, Memorando Circulares, correos electrónicos institucionales	Uno (01)	ANUAL	Oficina de Gestión de la Calidad	1
2. Fortalecer la implementación de la Verificación de la Seguridad en Centro quirúrgico.	Aplicación de la lista de verificación de las buenas prácticas en seguridad del paciente en el Centros Quirúrgicos, conforme a lo establecido en normatividad vigente. RM N°1021-2010/MINSA; que aprueba la Guía Técnica para la Implementación de la Lista de Verificación para cirugía segura.	Ejecución del Plan Anual de Gestión de Calidad y Derechos de las Personas	Ejecución del Plan Anual de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas.	Informe del cumplimiento del Plan de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas	Cuatro (02)	SEMESTRAL	Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad	1
		Planes y/o acciones de mejora para asegurar la sostenibilidad de la implementación de la seguridad de la cirugía.	Elabora un Plan de Mejora que permita la implementación de la LVSC	Informe de Plan de Mejora para la implementación de la LVSC.	Uno (01)	ANUAL	Equipo Conductor de la LVSC / Dpto. Anestesiología / OGC	1
		Encuesta de evaluación de la implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía en Centro quirúrgico.	Cumplimiento de la aplicación de la Encuesta para la Implementación de la LVSC	Encuesta aplicada para la implementación de la LVSC	Dos (02)	SEMESTRAL	Equipo Conductor de la LVSC / Dpto. Anestesiología / OGC	1



OBJETIVOS	DEFINICIONES OPERACIONALES	ACTIVIDADES	INDICADOR TRAZADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	META DE CUMPLIMIENTO ANUAL	PERIODICIDAD DE REPORTE	RESPONSABLES	PRESENTACIÓN 2023
3. Gestionar el Riesgo y las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente.	Procedimiento para el registro, notificación y el análisis sobre la ocurrencia de incidentes y/o eventos adversos RM N° 727-2009/MINSA, que aprueba el "Documento Técnico, Políticas de Calidad en Salud"	Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía programada	Cirugías Programadas que aplican Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. $\geq 70\%$ de Adherencia en la aplicación correcta de la LVSC (Por Observación Directa de la Técnica)	Informe de la Evaluación de la correcta aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (observación directa de la aplicación de la LVSC)	Dos (02)	SEMESTRAL	Equipo Conductor de la LVSC / Dpto. Anestesiología / OGC	1
		Aprobar el Plan de Seguridad del paciente	Plan de seguridad del paciente elaborado y aprobado .	RD. de aprobación del Plan seguridad del paciente	Uno (01)	ANUAL	Dirección General / Oficina de Gestión de la Calidad	1
		Identificar eventos adversos más frecuentes	Monitorizar el Registro y Notificación de	Informes del consolidado de los	Dos (02)	SEMESTRAL	Oficina de Gestión de la Calidad /	1
		Capacitación en "Herramientas para la Gestión de la Seguridad del Paciente".	Personal de Salud capacitados para fortalecer la seguridad del paciente,	Informe de Capacitación según programación del PDP	Uno (01)	ANUAL	Equipo Técnico de la Oficina de gestión de la Calidad / Departamento de Anestesiología / Departamento de Enfermería / Of. De personal.	1
	Evaluación a los servicios asistenciales mediante Rondas de Seguridad.	Rondas de Seguridad del Paciente, es una herramienta de calidad, que permite evaluar la ejecución de las Buenas prácticas de la atención en salud.	Informe Mensual de Rondas de Seguridad Ejecutadas	Cuatro (12) Informes de Ejecución de Rondas de Seguridad	Mensual	Equipo Técnico de la Oficina de gestión de la Calidad/ Comité de Rondas de Seguridad	3	



OBJETIVOS	DEFINICIONES OPERACIONALES	ACTIVIDADES	INDICADOR TRAZADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	META DE CUMPLIMIENTO ANUAL	PERIODICIDAD DE REPORTE	RESPONSABLE
4. Garantizar el cumplimiento por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. RM N° 502-2016/MINSA: que aprueba la Norma Técnica N°029-MINSA/DIGIPRESS V.02. NT de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud	Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. RM N° 502-2016/MINSA: que aprueba la Norma Técnica N°029-MINSA/DIGIPRESS V.02. NT de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud	<p>Actualizar mediante RD el Reglamento Interno de los Comités de Auditoría Médica, Comités adscritos y Comité en Auditoría en Salud según la NT 029-MINSA/DGSP-V02.</p> <p>Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud aprobado</p> <p>Ejecución del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud</p>	<p>RD de los miembros de los comité de Auditoría de la calidad de la Atención, Comité adscrito y Comité en salud.</p> <p>RD de aprobación del Plan de Auditoría.</p> <p>Avances del Plan Anual de Auditoría de la Calidad.</p>	<p>RD Actualizada de los comités</p> <p>RD de aprobación del Plan de Auditoría.</p> <p>Informes Semestral de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud que contenga: Avances del Plan anual de Auditoría de la Calidad.</p>	<p>Uno (01)</p> <p>Uno (01)</p> <p>Dos(02)</p>	<p>ANUAL</p> <p>ANUAL</p> <p>SEMESTRAL</p>	<p>Dirección General / Oficina de Gestión de la Calidad.</p> <p>Dirección General / Oficina de Gestión de la Calidad</p> <p>Oficina de Gestión de la Calidad / Comité de Auditoría..</p>
5. Promover y fortalecer el desarrollo de proyectos y/o acciones de mejora institucional de los procesos de atención	Resultados del desarrollo de proyectos y/o acciones de mejora en base a la problemática identificada referente a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y las prioridades sanitarias nacionales y regionales identificadas. RM N°	Resultados del desarrollo de proyectos y/o acciones de mejora en base a la problemática identificada referente a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y las prioridades sanitarias Institucionales.	Proyectos y/o acciones de mejora en base a la problemática identificada referente a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y las prioridades sanitarias Institucionales.	Informe sobre proyectos y/o acciones de mejora implementados.	Uno (01)	ANUAL	Oficina de Gestión de la Calidad, Servicios Asistenciales y Administrativos.



OBJETIVOS	DEFINICIONES OPERACIONALES	ACTIVIDADES	INDICADOR TRAZADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	META DE CUMPLIMIENTO ANUAL	PERIODICIDAD DE REPORTE	RESPONSABLES
	095-2012/MINSA ; que aprueba la Guía Técnica para la elaboración de proyectos de mejora.	Monitorizar los proyectos y/o acciones Institucionalizados de mejora aprobados en la Institución. Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad (Capacitación en Proyectos de MCC)	Informe de proyectos y/o acciones de mejoras implementadas Personal de Salud que conforman los Equipos de Mejora designados que recibieron capacitación en "Fortalecimiento de conocimientos, actitudes y prácticas referidos a la Gestión de Proyectos de Mejora Continua".	Informe respectivo remitido por los servicios y/o acciones de mejora	Uno (01)	ANUAL	Oficina de Gestión de la Calidad, Servicios Asistenciales y Administrativos.
					Un (01) Informe de capacitación	ANUAL	Oficina de Gestión de la Calidad / Of. De Personal
6. Fortalecer el Proceso de Evaluación Integral de la Calidad para la Acreditación del Instituto Nacional de Salud del Niño	Actividad de evaluación interna del establecimiento de salud, mediante estándares preestablecidos, agrupados por Macroprocesos y clasificados en categoría de Macroprocesos Gerenciales, Prestacionales y de Apoyo. (R.M. 456-2007/MINSA; que aprueba la Norma Técnica N°050 para la Acreditación de los establecimientos de Apoyo.	Personal de Salud designado oficialmente como Evaluadores Internos para la autoevaluación. Evaluadores Internos entrenados en la Norma Técnica de Salud: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo	Listado de Evaluadores Internos designados con Resolución Directoral. Actividad de capacitación referente a la Norma Técnica de Salud: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.	RD que aprueba el Listado Oficial de Evaluadores Internos de la IPRESS, según normatividad vigente. Informe de capacitaciones realizadas a los equipos de evaluadores internos y/o asistencia técnica	Un (01)	ANUAL	Dirección General / Oficina de Gestión de la Calidad, Servicios Asistenciales y Administrativos.
					Un (01)	ANUAL	Oficina de Gestión de la Calidad / Of. de personal.



OBJETIVOS	DEFINICIONES OPERACIONALES	ACTIVIDADES	INDICADOR TRAZADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	META DE CUMPLIMIENTO ANUAL	PERIODICIDAD DE REPORTE	RESPONSABLES
		Autoevaluación para la Acreditación del INSN	Cumplimiento del Proceso de Autoevaluación según la Norma Técnica de Salud: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.	Informe de Ejecución del Plan de Autoevaluación	Un (01)	ANUAL	Oficina de Gestión de la Calidad/Directores de Línea/ Jefes de servicios asistenciales y administrativos /
		Cumplimiento del Plan de Mejora post Autoevaluación	Implementación de las mejoras en base a la Autoevaluación realizada. Informe que señale la implementación de las mejoras en base a la Autoevaluación realizada	Informe de Seguimiento al Plan de Mejora a partir de la Autoevaluación	Un (01)	ANUAL	Oficina de gestión de la Calidad, Servicios Asistenciales y administrativos.
7. Gestión de la Información Sanitaria (IAAS) para la Calidad de la atención	Evaluar y Supervisar de forma Integral la Prevención y control Interno de IAAS/IIH Resolución Ministerial N° 523 - 2007 MINSA que aprueba la guía Técnica para la "Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias"	Monitorear de forma Integral la Prevención y control Interno de IAAS/IIH en el Instituto.	Evaluar los Procesos de Prevención y Control de las IAAS referente a la Implementación de los Planes y Normas Técnicas de Salud: Prevención y Control de IAAS/ IIH vigentes.	Informe sobre las evaluaciones internas realizadas por el equipo evaluador interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las IAAS/IIH	Dos (02)	SEMESTRAL	Oficina de Gestión de la Calidad / Equipo Evaluador Interno de las IAAS.



OBJETIVOS	DEFINICIONES OPERACIONALES	ACTIVIDADES	INDICADOR TRAZADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	META DE CUMPLIMIENTO ANUAL	PERIODICIDAD DE REPORTE	RESPONSABLE
	Fortalecer la práctica de higiene de manos en el Instituto. Guía Técnica Para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud (RM Nº 255-2016/MINSA)	Supervisión y Monitoreo de la práctica de higiene de manos en los servicios del INSN	Informe con los resultados del monitoreo, evaluación y supervisión de la "Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud"	Informe de la Adherencia de lavados de manos elaborado por la Oficina de Epidemiología	Dos (02)	SEMESTRAL	Epidemiología / Oficina de Gestión de la Calidad
8. Fortalecer los mecanismos de atención e información al Usuario Externo a través de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud	Fortalecer la Plataforma de Atención al Usuario en Salud. DECRETO SUPREMO Nº 002-2019-SA; Aprueban Reglamento para la Atención de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -UGIPRESS, públicas,	Supervisar la operatividad de la Plataforma de Atención al Usuario y Libro de Reclamaciones: Implementado y funcionando	95% de los reclamos se resuelven dentro del plazo.	Informes de libro de Reclamaciones y Porcentaje de Reclamos Atendidos	Doce (12)	Mensual	Oficina de Gestión de la Calidad / Responsable de la Plataforma de Atención al Usuario y Libro de Reclamaciones en Salud
		Difusión de los Derechos de las Personas Usuarías de los servicios de salud	Usuarios informados mediante la difusión de material comunicacional y metodologías participativas sobre los Derechos de las Personas usuarias de los servicios de salud y Gestión de los Reclamos	Informe de Difusión de Material sobre los Derechos de las Personas usuarias de los servicios de salud	Dos (02)	SEMESTRAL	Responsable de la Plataforma de Atención al Usuario y Libro de Reclamaciones en Salud



OBJETIVOS	DEFINICIONES OPERACIONALES	ACTIVIDADES	INDICADOR TRAZADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	META DE CUMPLIMIENTO ANUAL	PERIODICIDAD DE REPORTE	RESPONSABLES
	privadas y mixtas	Capacitación al personal de la Institución sobre "Buen Trato al Usuario" y "Promoción de los Derechos de los Usuarios Externos en los Servicios de Salud y Gestión de Reclamos y Atención de Consultas según el Decreto Supremo N° 002-2019-SA	Personal administrativo y asistencial del Instituto capacitados en Buen Trato al Usuario y Promoción del derecho de los usuarios externos en los Servicios de salud y Gestión de Reclamos y Atención de Consultas según el Decreto Supremo N° 002-2019-SA"	Informe de Capacitación	Uno (01)	ANUAL	Oficina de Gestión de la Calidad / Of. De Personal
9. Conocer y analizar información para la calidad de la atención y la satisfacción del Usuario.	Medición del grado de satisfacción del usuario externo mediante la aplicación de encuestas SERVQUAL - Modificado, procesamiento y reporte con el aplicativo (formato Excel), en consulta externa /hospitalización/emergencia, en el Instituto. RM N° 527-2011/MINSA que aprueba la "Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"	Aplicación de la Encuesta de satisfacción del Usuario Externo en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia.	* Medición del grado de satisfacción del usuario externo mediante la aplicación de encuestas SERVQUAL - Modificado * Porcentaje de usuarios satisfechos en consulta externa, hospitalización y emergencia del INSN.	Informe sobre los resultados de la medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa/hospitalización/emergencia, en el Instituto.	Uno (01)	ANUAL	Dirección General / Oficina de Gestión de la Calidad.
	Medición de los tiempos de espera y movimientos en consulta externa / emergencia, y reporte con el aplicativo (formato Excel) de los tiempos a optimizar mediante la mejora continua.	Medición de los tiempos de espera y movimientos en consulta externa/emergencia	Tiempos de espera en consulta externa y en emergencia	Informe emitido sobre los resultados de la medición de los tiempos de espera y movimientos en consulta externa /emergencia	Uno (01)	ANUAL	Dirección General / Oficina de Gestión de la Calidad.

