



PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de
Salud del Niño - Breña

"AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DE GRAU"

Nº 209-2016-INSN-DG

RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 10 de mayo del 2016

Visto; El Expediente con Registro N° 007747 y el Memorando N° 797-OGC-INSN-2016; con el cual se hace llegar el "Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad 2016"; remitido por la Oficina de Gestión de la Calidad y solicitando su aprobación mediante la Resolución Directoral correspondiente;

CONSIDERANDO:

Que el artículo VI del Título preliminar de la Ley N° 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 oportunidad y calidad;

Que, de conformidad con el Artículo 12° del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado por Resolución Ministerial N° 083-2010/MINSA; de fecha 04 de Febrero del año 2010; la Oficina de Gestión de la Calidad es el Órgano encargado de proponer Normas y Procedimientos Técnicos para la mejora de la Gestión de la Calidad en el Instituto Nacional de salud del Niño;

Que, el Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad 2016; se propone para su incorporación en la evaluación periódica del Desempeño de los procesos gerenciales; prestacionales y de apoyo dirigidos a obtener la acreditación de acuerdo al numeral 7 de la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02;

Que, mediante Memorando N° 797-OGC-INSN-2016; el Director de la Oficina de Gestión de la Calidad; hace llegar a la Dirección General el "Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad 2016", que cuenta con opinión técnica favorable de la Dirección Adjunta, para su opinión y aprobación con Resolución Directoral;

Que, con Memorando N° 377-DG-INSN-2016, el Director General aprueba el "Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad 2016"; y con la Visación de la Dirección Adjunta con Memorando N°166-DA-INSN-2016; la Oficina de Gestión de la Calidad; y la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Salud del Niño; y,

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar el "Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad 2016", que consta de XXII Folios -----

Artículo Segundo.- El "Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad 2016" aprobado, será publicado en la página Web del Instituto Nacional de Salud del Niño.-----

Regístrese y Comuníquese



DISTRIBUCIÓN:

- () DEIDAM
- () DEIDAC
- () DEAC
- () DEIDAT
- () OGC
- () Of. Comunicaciones
- () OP



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
DR. ALFONSO JUAN TAPIA BAUTISTA
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 14181 R.N.E. 4503

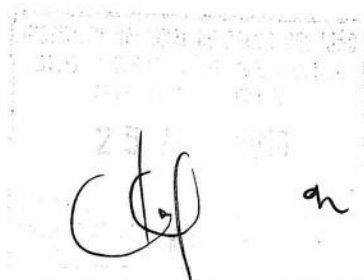


**OFICINA DE GESTIÓN
DE LA CALIDAD**

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

Plan Anual de la Oficina de Gestión de Calidad 2016

Instituto Nacional de Salud del Niño





Plan Anual de la Oficina de Gestión de Calidad 2016

INTRODUCCION

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, 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.

En el Sistema de Gestión de Calidad en Salud vigente en nuestro país, es importante orientar nuestro esfuerzo a satisfacer las expectativas del usuario, en nuestro instituto la atención sanitaria pediátrica que reciben los pacientes, es el reflejo de la calidad de toda nuestra Institución que implica reducir al mínimo los costos por la inconformidad en dicha atención, mediante un manejo de recursos adecuado, siendo necesario lograr la madurez del Sistema de Calidad a partir de la implementación de la cultura de calidad en nuestra Institución brindando servicios de salud segura, eficaz y con eficiencia

Este plan de gestión involucra componentes de planificación, organización, garantía y mejora de la calidad e información para la calidad dentro de la estrategia en su ejecución, con el fin de alcanzar sus objetivos y metas. Alguna de sus actividades se trabaja de forma coordinada con los diferentes Equipos y Comités que forman parte de la organización funcional de la Oficina para que faciliten el proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad de atención de manera integral. Asimismo diseña actividades dirigidas a los macroprocesos de atención, donde se manifiestan las dimensiones técnicas, interpersonales y ambientales de la calidad y, con ello, garantizar una atención sanitaria segura en nuestra Institución.



Misión de la OGC

Funcionamiento adecuado de todos los procesos de salud para una atención eficiente, oportuna y segura con una perspectiva de mejora continua.

Visión de la OGC

La Oficina de Gestión de la Calidad del INSN en el 2016 será la referente en el ámbito de los Institutos de salud a nivel nacional.

FINALIDAD

Fin General: Planificar de manera ordenada, secuencial y coherente las acciones a realizar en la OGC del INSN

Fines Específicos:

- Elaborar las actividades de la oficina de Gestión de la Calidad para alcanzar sus objetivos y metas.
- Elaborar y coordinar las actividades a desarrollar con el Equipo técnico de Seguridad para el Paciente, equipo evaluador interno de la Vigilancia de IIH, equipo de acreditación, equipo auto evaluador, equipo de proyectos de mejora y Equipo Técnico Local para la implementación del estudio del Clima Organizacional del INSN.
- Elaborar y coordinar las actividades a desarrollar con el Comité Asesor de Gestión de la Calidad. Comité de Auditoría, Comité de Historias Clínicas, Comité de Fármaco vigilancia, Comité de Infecciones Intrahospitalarias, Comité de Lactancia Materna y Comité de Muerte y Complicaciones.



OBJETIVOS

Objetivos Generales:

- Hacer las gestiones correspondientes de los procesos para la certificación en acreditación.
- Generar una Cultura sobre la Calidad y la Mejora continua.
- Realizar coordinaciones para las mejoras con relación con el usuario externo.
- Mejorar e implementar las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente y de la Gestión de Riesgo.
- Crear una organización y cultura con respecto a la Calidad y Derechos de las Personas.

Objetivos Específicos:

- Cumplir con los Procesos de Autoevaluación según la Norma Técnica de Salud, Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo vigente.
- Tener los Procesos adecuados y eficientes que respondan a las necesidades institucionales.
- Establecer actividades y capacitaciones para el personal con respecto a los conocimientos de Calidad y Mejora Continua.
- Implementar oportunamente acciones de mejora con el fin de reducir las causas más frecuentes de reclamos.
- Realizar mediciones con respecto a la Satisfacción del Usuario y fomentar la retroalimentación con los servicios para fomentar la promoción y protección de los derechos de los usuarios.
- Promover estrategias para mejorar la Seguridad del Paciente mediante buenos procesos de Notificación y análisis de Eventos Adversos, verificación de Lista de Chequeo Segura, Implementación de Rondas de Seguridad.



- Mejorar el componente de vigilancia y control de la garantía de la calidad en la prestación de servicios de salud, desde la perspectiva epidemiológica, que evidencien cambios importantes en la salud de la población.
- Apoyar los mecanismos de revisión, actualización, diseño e implementación de normas y protocolos, que aseguren la aplicación adecuada de procedimientos y manejos de las morbilidades.
- Establecer un banco de perfiles de proyectos de apoyo a la garantía de la calidad, originados a partir de las necesidades identificadas y manifestadas por los usuarios internos y externos.
- Apoyar el diseño y ejecución de estudios e investigaciones relacionados a la garantía de la calidad, a fin de apoyar la gestión y la atención integral de los servicios de salud.

BASE LEGAL

1. Ley N° 26842 – Ley General de Salud.
2. Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud.
3. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico
4. “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
5. Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA, que aprueba la conformación del Comité “Técnico para la Seguridad del Paciente”.
6. Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica Sanitaria de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
7. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico “Política Nacional de la Calidad en Salud”.
8. Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA, que aprueba “La Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
9. Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba “La Guía Técnica de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía”.
10. Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA que aprueba la “La Guía Técnica para la elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de las herramientas para la Gestión de la Calidad”.



ALCANCE

El presente plan de la calidad comprende a todos los subsistemas funcionales de atención de pacientes de nuestra Institución.

CONSIDERACIONES GENERALES

Es necesario contar con un Comité que analice acciones en el ámbito de calidad que favorezca la buena práctica profesional en los servicios asistenciales:

Comité de Auditoría.

Comité de Muertes y Complicaciones.

Comité de Seguridad del Paciente.

Comité de Ronda de Seguridad.

Equipo conductor para la implementación de las LVSC.

Comité Asesor de Gestión de la Calidad

Comité de Historias Clínicas.

Comité de Fármaco vigilancia.

Comité de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria.

Comité de Muerte y Complicaciones.

Comité de Lactancia Materna.

RESPONSABILIDAD

La oficina de Gestión de Calidad es la responsable de las coordinaciones con los departamentos para el seguimiento monitoreo del plan de seguridad del paciente.

Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad 2016

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL INS
CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN - 2016

EJE DE TRABAJO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN	PERIODICIDAD DE REPORTE A IGSS	I	II	III	IV	OBSERVACIONES	INDICADOR TRAZADOR	META		META DE IMPACTO
					T	T	T	T			INSTITUTOS		
EJE 1: GESTION DE PROCESOS PARA LA CERTIFICACIÓN /ACREDITACIÓN	1.1. Fortalecer competencias en el Proceso de Evaluación Integral de la Calidad para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo	de Selección de Evaluadores Internos por la autoridad institucional. (Criterio de Programación DCS_MINSA)	Documento de la Listado Oficial de Evaluadores Internos, según normatividad vigente.	ANUAL	1					IND 1-A: Personal de Salud designados oficialmente como Evaluadores Internos para la autoevaluación	Un (01) Documento que aprueba el Listado Oficial de Evaluadores Internos.	Un (01) Documento con de Evaluadores Internos actualizado.	
		Actividades de capacitación referente a la Norma Técnica de Salud: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo vigente. (Criterio de Programación DCS_MINSA)	Informe sobre la capacitación realizadas a los equipos evaluadores internos debidamente formalizados con R.D.	SEMESTRAL	1		1		OGCYDP, realizará Diseño Curso Estándar (Material Instruccional y Evaluación)	IND 1-B: Personal de Salud integrante del Equipo de Evaluadores Internos entrenados y certificados en la Norma Técnica de Salud: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo vigente(%)	100% de Personal de Salud integrante del Equipo de Evaluadores Internos entrenados en la Norma Técnica de Salud: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo vigente (ACUM. ANUAL)	100% de Evaluadores Internos con Nota ≥ 14 en Post - Test para obtener certificación	
	1.2.Desarrollar el Proceso de Acreditación / Certificación Institucional	Cumplimiento del Proceso de Autoevaluación según la Norma Técnica de Salud: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo vigente.	Informe de Ejecución del Plan de Autoevaluación	ANUAL			1			IND 3-A: Autoevaluación para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo vigente(%)	Un (01) Informe de Autoevaluación.	$\geq 85\%$ en el resultado de la autoevaluación ó Incremento $\geq 15\%$ en el resultado de la autoevaluación, respecto a la última realizada.	

EJE 2: CULTURA DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	1.3. Contar con procesos normalizados y eficientes que respondan a las necesidades Institucionales	Implementación de las mejoras en base a la Autoevaluación realizada.	Informe de Seguimiento al Plan de Mejora de la Autoevaluación	SEMESTRAL	1	1	IND 3-B: Cumplimiento del Plan de Mejora post Autoevaluación (%)	Dos (02) Informes de Seguimiento al Plan de Mejora elaborado a partir de la Autoevaluación. (ACUM. ANUAL)	≥ 50% de implementación del Plan de Mejora elaborado a partir de la Autoevaluación.
	1.3. Contar con procesos normalizados y eficientes que respondan a las necesidades Institucionales	Elaboración o actualización de los MAPRO y Procesos y Procedimientos (Asistencial o Administrativos)	Manual de Procesos y Procedimientos (MAPRO) Asistenciales / Administrativos	SEMESTRAL	1	1	IND 5: Procesos y Procedimientos Asistenciales / Administrativos (%)	Dos (02) Informes sobre elaboración o actualización de Procesos y Procedimientos Asistenciales / Administrativos (ACUM. ANUAL)	Elaboración o actualización de ≥ 15 % de Procesos y Procedimientos Asistenciales / Administrativos
	2.1. Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad (Proyectos de MCC)	Actividad de capacitación, dirigidas a equipos locales, para fortalecer los conocimientos, actitudes y prácticas referidos a la Gestión de Proyectos de Mejora Continua. (Criterio de Programación DCS_MINSA)	Informe de las capacitaciones referidas a la Gestión de Proyectos de Mejora Continua.	SEMESTRAL	1	1	IND 6: Personal de Salud que conforman los Círculos de Calidad o Equipos de Mejora entrenados y certificados en Proyectos de Mejora Continua de la Calidad (%)	≥ 90% de Personal de Salud que conforman los Círculos de Calidad o Equipos de Mejora entrenados en Proyectos de Mejora Continua de la Calidad (ACUM. ANUAL)	≥ 90% de participantes con Nota ≥ 14 en Post-Test para obtener certificación

Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad 2016



EJE 3: GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO	2.2.Promover una Cultura por la Mejora Continua de la Calidad	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 locales identificadas. (Criterio Programación DCS_MINSA)	Informe de avance de los proyectos y/o acciones de mejora implementados.	TRIMESTRAL	1	1	1	1	IND 7: Viraje de Indicadores de Línea de Base del Proyecto de Mejora Continua (%)	Cuatro Informes del desarrollo de proyectos y/o acciones de mejora en base a la problemática identificada (ACUM. ANUAL)	≥ 15% de proyectos de mejora continua en fase de evaluación.
	2.3.Optimizar y Mejorar Procesos Críticos (Desarrollo de Proyectos de MCC)	Rediseño de Procesos para la reducción de tiempos de espera en la atención en consulta externa de (Criterios Programación DCS_MINSA)	Informe sobre las mejoras en los tiempos de espera en la atención en consulta externa.	TRIMESTRAL	1	1	1	1	IND 8: Proyectos de Mejora orientados a la reducción de los Tiempos de Espera en la atención consulta externa (%)	Cuatro Informes del desarrollo de proyectos de mejora continua orientados a la reducción de los Tiempos de Espera en la atención de consulta externa en Fase de Seguimiento	≥ 01 Proyectos de Mejora continua orientados a la reducción de los Tiempos de Espera en la atención de consulta externa en Fase de Seguimiento
	3.1.Fortalecer competencias en Promoción y Protección del Derecho de las Personas	Personal preseleccionados que demuestran competencias en Técnicas de Atención al Usuario	Informe emitido por la Oficina de Gestión de la Calidad de las actividades de capacitación realizadas.	SEMESTRAL	1			1	IND 10: Personal entrenados en Técnicas de Atención al Usuario	≥ 80% del personal preseleccionado para la atención al usuario capacitados(ACUM. ANUAL)	≥ 90% de participantes con Nota ≥ 14 en Post - Test

Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad 2016

EJE 3: GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO	3.2.Fortalecer competencias en Humanización de la Atención en Salud	Personal preseleccionados que demuestran competencias en Humanización de la Atención	Informe emitido por la Oficina de Gestión de la Calidad de las actividades de capacitación realizadas.	SEMESTRAL	1	1	1	IND 11: Personal Entrenados en Humanización de la Atención	≥ 80% del personal preseleccionado en capacitación en Humanización de la Atención (ACUM. ANUAL)	≥ 90% de participantes con Nota ≥ 14 en Post - Test
		Plataforma de Atención al Usuario para el registro, atención y seguimiento de los reclamos para usuarios fomentar la Promoción y Protección de sus Derechos	Reporte consolidado de la instalación y funcionamiento de la Plataforma de Atención al Usuario	TRIMESTRAL	1	1	1	IND 12-A: Plataforma de Atención al Usuario operativas	Cuatro Reportes sobre la instalación y funcionamiento de las Plataformas de Atención al Usuario (ACUM. ANUAL)	Plataforma de Atención al Usuario instalada y operativa según modelo.
	3.3.Fortalecer el Sistema de Orientación-Absolución de Reclamos	Libro de Reclamaciones para el registro de los reclamos de los usuarios externos de las IPRESS	Reporte consolidado de reclamos del Libro de Reclamaciones de la IPRESS	MENSUAL	3	3	3	IND 12-B: Libro de Reclamaciones implementado y funcionando	Doce (12) Reportes mensuales de reclamos registrados y reclamos resueltos (ACUM. ANUAL)	100% de los reclamos se resuelven en los plazos establecidos.
		Implementación de acciones de mejora con el objeto de reducir las causas más frecuentes de los reclamos presentados.	Informe sobre acciones de mejora y proyectos de mejora continua orientados a reducir los reclamos en la IPRESS.	SEMESTRAL	1	1	1	IND 12-C: Proyectos de Mejora orientados a reducir las causas más frecuentes del libro de reclamaciones	Dos (02) Informes del desarrollo de proyectos de mejora continua orientados a reducir los reclamos presentados (ACUM. ANUAL)	≥ 01 Proyectos de Mejora continua en Fase de Seguimiento, a orientados a reducir los reclamos presentados

Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad 2016



EJE 3: GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO	3.4. Supervisar la implementación del Proceso de Promoción y Protección del Derecho que involucre la participación de la Familia y la Comunidad	Retroalimentación de la gestión para la Promoción y Protección del Derecho en Salud, en base a la normativa aprobada para su implementación.	Informe de cumplimiento de acuerdos y compromisos de las UF de Servicio de Atención al Usuario	SEMESTRAL	1	1	IND Cumplimiento de acuerdos y compromisos en el marco de la Promoción y Protección del Derecho en Salud (ACUM. ANUAL)	Dos (02) Informes el sobre cumplimiento de acuerdos y compromisos en el marco de la Promoción y Protección del Derecho en Salud (ACUM. ANUAL)	100% de los acuerdos y compromisos se han implementado en los plazos establecidos.
	3.5. Fomentar la Promoción y Protección de los Derechos de los Usuarios a través de la retroalimentación de intervenciones basadas en los requerimientos de los Grupos de Interés (Mediciones de la Satisfacción)	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 establecimientos de salud con categoría I-3 al III-2 del IGSS.	Informe sobre los resultados de la medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa/hospitalización/emergencia, en las IPRESS con categoría I-3 al III-2 del IGSS.	ANUAL	1	1	IND Satisfacción de Usuarios Externos (Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia) (%)	≥ 60% de Usuarios Externos de Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia se encuentran satisfechos	Incremento ≥ al 5%, respecto a la última medición de satisfacción del usuario externo.

Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad 2016



EJE 3: GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO	3.6. Promover la Participación y Corresponsabilidad en el Cuidado de la Salud (Ciudadano, Familia, Comunidad, Actores, Autoridades Locales)	Entrenamiento a las Redes de Pacientes / Cuidadores Primarios Participación y Corresponsabilidad en el Cuidado de la Salud, realizado	Informe sobre actividades de entrenamiento a las Redes de Pacientes / Cuidadores Primarios Participación y Corresponsabilidad en el Cuidado de la Salud	Informe sobre las acciones de mejora y/o proyectos de mejora implementados en base a los resultados de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios Aseguramiento Universal en Salud en el servicio de Consulta Externa.	TRIMESTRAL	1	1	1	1	1	14-B: IND Acciones de mejora y/o proyectos implementados en base a los resultados de la encuesta de satisfacción del usuario externo aplicado mediante la metodología de SERVQUAL - Modificado y la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios Aseguramiento Universal en Salud en el servicio de Consulta Externa.	Cuatro (04) Informes sobre las acciones de mejora y/o proyectos de mejora implementados en base a los resultados de la encuesta de satisfacción del usuario externo aplicado mediante la metodología de SERVQUAL - Modificado y la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios (ACUM. ANUAL)	≥ 80% de acciones de mejora y/o proyectos de mejora se han implementado en los plazos establecidos.
EJE 3: GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO	3.6. Promover la Participación y Corresponsabilidad en el Cuidado de la Salud (Ciudadano, Familia, Comunidad, Actores, Autoridades Locales)	Entrenamiento a las Redes de Pacientes / Cuidadores Primarios Participación y Corresponsabilidad en el Cuidado de la Salud, realizado	Informe sobre actividades de entrenamiento a las Redes de Pacientes / Cuidadores Primarios Participación y Corresponsabilidad en el Cuidado de la Salud	Informe sobre las acciones de mejora y/o proyectos de mejora implementados en base a los resultados de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios Aseguramiento Universal en Salud en el servicio de Consulta Externa.	TRIMESTRAL	1	1	1	1	1	14-B: IND Acciones de mejora y/o proyectos implementados en base a los resultados de la encuesta de satisfacción del usuario externo aplicado mediante la metodología de SERVQUAL - Modificado y la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios Aseguramiento Universal en Salud en el servicio de Consulta Externa.	Cuatro (04) Informes sobre las acciones de mejora y/o proyectos de mejora implementados en base a los resultados de la encuesta de satisfacción del usuario externo aplicado mediante la metodología de SERVQUAL - Modificado y la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios (ACUM. ANUAL)	≥ 80% de acciones de mejora y/o proyectos de mejora se han implementado en los plazos establecidos.
	3.6. Promover la Participación y Corresponsabilidad en el Cuidado de la Salud (Ciudadano, Familia, Comunidad, Actores, Autoridades Locales)	Entrenamiento a las Redes de Pacientes / Cuidadores Primarios Participación y Corresponsabilidad en el Cuidado de la Salud, realizado	Informe sobre actividades de entrenamiento a las Redes de Pacientes / Cuidadores Primarios Participación y Corresponsabilidad en el Cuidado de la Salud	Informe sobre las acciones de mejora y/o proyectos de mejora implementados en base a los resultados de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios Aseguramiento Universal en Salud en el servicio de Consulta Externa.	SEMESTRAL	1	1	1	1	1	IND 15: Redes de Pacientes / Cuidadores Primarios entrenados en Participación y Corresponsabilidad en el Cuidado de la Salud (%)	≥ 80% de Redes de Pacientes / Cuidadores Primarios entrenados en Participación y Corresponsabilidad en el Cuidado de la Salud (ACUM. ANUAL)	≥ 90% de participantes con Nota ≥ 14 en Post - Test

Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad 2016

EJE 4: GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	3.7. Fortalecer la Imagen Institucional de los ODD - IGSS respecto a la Calidad y el respeto por los Derechos de las Personas	Material comunicacional y metodologías participativas sobre los Derechos de las Personas usuarias de los servicios de salud	Material de difusión de los Derechos de las Personas usuarias de los servicios de salud, elaborado con enfoque intercultural y difundido	TRIMESTRAL	1	1	1	1	IND 16: Difusión de los Derechos de las Personas Usuarías de los servicios de salud	Cuatro Informes (04) sobre los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud (ACUM. ANUAL)	100% de las áreas de consulta externa, emergencia y salas de espera, cuentan con afiches que describen los Derechos de las Personas usuarias de los servicios de salud.
	4.1. Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación y Mejora del Incidente y Evento Adverso	Actividades de capacitación dirigidas a las personas y servicio referente a la Notificación de Eventos Adversos.	Informe emitido por la Oficina de Gestión de Calidad sobre las capacitaciones en eventos Adversos realizadas	SEMESTRAL	1	1	1	1	IND 19: Personal del Servicio con equipos entrenados en notificación de eventos adversos (%)	≥ 80% de Jefaturas de Departamento y Servicio capacitados (ACUM. ANUAL)	≥ 90% de participantes con Nota ≥ 14 en Post - Test
			Reporte del listado de las Guías de Práctica Clínica por UPSS, oficializadas con RD.	ANUAL	1				IND 20-A : N° de Guías de Práctica Clínica oficializadas con RD x UPSS.	Un (01) Reporte del Listado de GCP con oficializadas con RD x UPSS.	≥ 10 Guías de Práctica Clínica UPSS por aprobadas con RD.
	4.2. Promover una Cultura basada en el aprendizaje del error - Cultura de Seguridad	Evaluación de la adherencia a las guías de práctica clínica de áreas y procedimientos prioritizados.	Reporte del listado de Fichas de Verificación de las GCP por UPSS (solo de las GPC oficializadas).	ANUAL	1				IND 20-B: N° de Fichas de Verificación de Guías de Práctica Clínica x UPSS.	Un (01) Reporte del Listado de Fichas de Verificación de GPC x UPSS.	≥ 10 Fichas de Verificación de Guías de Práctica Clínica por UPSS.
			Informe de adherencia al uso de guías de práctica clínica.	SEMESTRAL	1	1	1	1	IND 20-C: Adherencia a guías de práctica clínica (%)	≥ 90 % UPSS reportan medición de adherencia al uso de GPC	≥ 50 % de adherencia al uso de GPC

Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad 2016

EJE 4: GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	4.3.Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente (Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente)	Evaluación de la correcta aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía (Criterio Programación DCS_MINSA)	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)	TRIMESTRAL	1	1	1	1	IND 21: Cirugías Programadas que aplican Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (%)	≥ 95% de Cirugías Programadas aplican LVSC	≥ 70% de Adherencia en la aplicación correcta de la LVSC (Por Observación Directa de la Técnica)
		Aplicación de la Encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad del Paciente	Encuesta aplicada para la implementación de la LVSC	SEMESTRAL	1	1	1	1	IND 21-A: Cumplimiento de la aplicación de la encuesta para la implementación de la LVSC	Dos (02) Encuestas para evaluar la implementación de la LVSC (ACUM. ANUAL)	Encuestas para evaluar la implementación de la LVSC, identifica barreras para progresar en su implementación y propone medidas para revertirlas.
	4.4.Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad; Identificación-Registro-Notificación-Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso)	Procedimiento para el registro, notificación y el análisis preventivo y reactivo de los eventos adversos en salud, con Plan de Intervención. (Criterio de Programación DCS_MINSA)	Informes trimestrales del Reporte de eventos adversos	TRIMESTRAL	1	1	1	1	Ind 22-A: N° Total de Eventos Adversos reportados por UPSS	Cuatro (04) Informes Reporte de Eventos Adversos (ACUM. ANUAL)	≥ 90% de las UPSS del EESS reportan Eventos Adversos
		Rondas de Seguridad del Paciente, es una herramienta de calidad, que permite evaluar la ejecución de las Buenas prácticas de la atención en salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, para	Informe Trimestral de Rondas de Seguridad Ejecutadas	TRIMESTRAL	1	1	1	1	IND 22-B: Rondas de Seguridad Ejecutadas (%)	≥ 90% de Rondas de Seguridad del Paciente Ejecutadas (ACUM. ANUAL)	≥ 80% en el Promedio de Cumplimiento de las Buenas Prácticas en la Ronda de Seguridad.

15

Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad 2016

EJE 4: GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	4.6. Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela (Intervención Contingencial)	Se refiere a la aplicación del Protocolo de actuación frente a la ocurrencia de un Evento Centinela que incluye los procesos de Análisis, Comunicación Interna y emisión de alertas de seguridad	Recomendaciones emitidas en los Informes de Auditoría.	TRIMESTRAL	1	1	1	1	1	IND 24: Eventos Centinela atendidos y comunicados de acuerdo a Protocolo (%)	Cuatro Informes conteniendo el reporte de los informes de análisis de los Eventos Centinela. (ACUM. ANUAL)	≥ 90% de los informes de eventos centinelas se han analizado bajo metodología estándar (p.e. Protocolo de Londres) y cuentan con Plan de Intervención.
EJE 4: GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	4.7. Contribuir a la Reducción de Riesgos asociados a la prestación, acreditación y certificación de OODD (Seguimiento a Planes de Mitigación de Riesgos)	Implementación oportuna de acciones de mejora y acciones correctivas con el objeto de reducir las multas por sanciones descritas en el Reglamento de Infracciones y Sanciones SUSALUD.	Informe de seguimiento sobre el estado de implementación de las recomendaciones, acciones de mejora y acciones correctivas descritas en el Plan de Mitigación de Riesgos de SUSALUD	TRIMESTRAL	1	1	1	1	1	IND 25: Implementación de las recomendaciones, acciones de mejora y acciones correctivas en el Plan de Mitigación de Riesgos de SUSALUD (%)	Cuatro Informes de seguimiento del estado de implementación de las recomendaciones, acciones de mejora y acciones correctivas descritas en el Plan de Mitigación de Riesgos de SUSALUD (ACUM. ANUAL)	≥ 95% de implementación del Plan de Mitigación de Riesgos de SUSALUD

Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad 2016

EJE 5: ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS	5.1. Fortalecer la Organización de la Calidad	Documento mediante el cual se establecen los objetivos, actividades y tareas relacionadas a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y el Sistema de Promoción y protección de los Derechos de las Personas usuarias de los Servicios de Salud (Criterio Programación DCS_MINSA)	Plan Anual de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas aprobado.	ANUAL	1					IND 26-A: Plan Anual de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas elaborado y aprobado	Un (01) Plan Anual de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas elaborado y aprobado	Plan Anual de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas según modelo preestablecido
		Informe del cumplimiento del Plan 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	TRIMESTRAL	1	1	1	1		IND 26-B: Ejecución del Plan Anual de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas	Cuatro (04) Informes sobre la Ejecución del Plan Anual de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas (ACUM. ANUAL)	≥ 90% del Plan Anual de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas según modelo preestablecido Ejecutada

Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad 2016

EJE 5: ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS	5.2.Promover condiciones del ambiente de trabajo adecuados para la gestión de la calidad y derechos de las personas	Conformación, oficial, del equipo responsable del desarrollo e implementación del Sistema de la Gestión de la Calidad en Salud(Criterio de Programación DCS_MINSA)	Informe de aprobación de oficial conformación de equipo de gestión de la calidad en salud	ANUAL	1	IND 27: Equipos de las Oficinas de Gestión de la Calidad conformados	Una Resolución (01) Directoral que conforma el equipo responsable del desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud	Resolución del Directorial Equipo de Gestión de la Calidad actualizada.
			Plan para el Estudio de Organizational	ANUAL	1	IND 28-A: para el Estudio de Organizational	Un (01) Plan para el Estudio de Organizational	Plan para el Estudio de Organizational según modelo preestablecido
		Estudio del clima organizacional, a conformar de normatividad. (Criterio de Programación DCS_MINSA)	Informe de la medición del Estudio de Organizational.	ANUAL	1	IND 28-B: Cumplimiento del Estudio de Organizational según norma vigente.	Un (01) Informe de Estudio de Organizational.	El Informe del Estudio de Organizational incluye un Plan de Intervención en Organizational, acciones y proyectos.

4

୧୫୩୪

201

Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad 2016

EJE 6: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN SANITARIA E INVESTIGACIÓN PARA LA CALIDAD	Fortalecer el uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales.	Fortalecer competencias en los Procesos de Uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales, mediante actividades de capacitación referente a las Normas Técnicas de Salud: Prevención y Control de IAAS/IIH vigentes. (Criterio de Programación DCS_MINSA)	Informe sobre las capacitaciones realizadas a los equipos de prevención y control internos.	SEMESTRAL	1	1	OGCYDP, realizará Diseño Curso Estándar (Material Instruccional y Evaluación)	IND 40: Personal de Salud integrante del Equipo de Prevención y control Integral entrenados y certificados en uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales (%)	≥ 90% de Personal de Salud integrante del Equipo de Prevención y control Integral de IAAS/IIH en uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales (ACUM. ANUAL)	≥ 90% de participantes con Nota ≥ 14 en Post - Test para obtener certificación
EJE 6: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN SANITARIA E INVESTIGACIÓN PARA LA CALIDAD	Fortalecer el uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales.	Fortalecer el uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales.	Informe sobre las autoevaluaciones realizadas a los equipos de prevención y control internos en uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales.	SEMESTRAL	1	1	OGCYDP, realizará Diseño de la Evaluación (Material Instruccional para la Evaluación)	IND 41: Equipos de Prevención y control internos que aprobaron la Evaluación Integral del Uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales. (%)	Dos (02) Informes de evaluación a los Equipos de Prevención y Control Internos de IAAS/IIH (ACUM. ANUAL)	≥ 75% Cumplimiento de Estándares de Evaluación.

Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad 2016

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD- INSN 2016

PERSPECTIVA ESTRATEGICA	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	INDICADORES	ACCIONES	META
INSTITUCIONAL	Institucion Lider en Atención Pediátrica	Cuota de Participacion en Salud Pediátrica Nivel Institutos (Market Share)	Data comparativa de Atención Institucional y de otras IPRESS	Indicador en Construcc
		Nivel de Recordacion como Institucion Especializada Salud Pediátrica (Mind Share)	Encuesta de Nivel de Recordacion a traves de muestreo publico	> 60 %
		% de Satisfaccion del Usuario en el Instituto	Aplicación de Encuestas de Satisfacción C. Externa	> 60 %
			Aplicación de Encuesta de Satisfacción Hospitalización	> 60 %
USUARIOS	Satisfaccion del Usuario y su Familia	Tasa de Quejas por Servicio	Reporte de Monitoreo de Libro de Reclamaciones	80%
			Intervención en Areas de Mayor Reclamo	>85%
			Puntuacion Evaluacion Externa para Acreditacion	100%
			Selección de Evaluadores Internos	
		Resultado Evaluación de Acreditación	Capacitación a Evaluadores Internos en NTS; Acreditación EE.SS. Y Serv. Médicos vigente	85%
			Monitoreo de Procesos Administrativos y Asistenciales	> 85%
			Levantamiento de Observaciones SUSALUD	80%
		Tasa de Observaciones de SUSALUD	Talleres de Difusion del proceso de Reportes de EA	2
			Desarrollar mecanismo de Reporte Anónimo de EA	1
		Tasa de Eventos Adversos (EA)	Discusion Y procesos de mejora continua para EA	1
PROCESOS	Seguridad		Reporte Consolidado de Eventos Adversos EA	
			Creacion de Comite de Guías de Practica Clínica	1
			Asesoría Metodológica a los Servicios Médicos en desarrollo de Guías de Practica Clínicas	En Construcc
		Nivel de Adherencia a Guías de Práctica Clínica	Actividades para Difusion de Guías Clínicas	2
			Medicion de Adherencia de Guia	
			Difusion de formatos con RD vigente	1
		Nivel de Aplicación de Lista de Chequeo de Cirugía Segura	Reunion Mensual con Grupo de Interes Cirugia	12
			Seguimiento al Plan Anual de Seguridad del Paciente	>85 %
			RD. Actualizando Comité de Seguridad	1
		Nivel de cumplimiento del Plan de Seguridad del Paciente	Reunion Mensual del Comité de Seguridad	12
	Oportunidad		Rondas de Seguridad	>90%
			Seguimiento al Plan Anual de Auditoria	>85 %
		Nivel de cumplimiento del Plan Anual de Auditoria	Reporte Consolidado de Vigilancia Activa	
		Tasa de Infecciones Intrahospitalarias	Reporte Consolidado de Vigilancia Pasiva	< 3 %
		Servicios Calificados satisfactoriamente en Infecc Intrahospitalarias	Autoevaluacion sobre prevencion y contro de Infecciones Intrahospitalarias/ IAAS	80%
		Tiempo de Espera para atencion en Consulta Externa	Acciones de Mejora en Proceso Atención	4
		N° de dias promedio espera para acceder a cita medica	Implementar Acciones para reducir intervalos entre Cita y Cita Medica	18
			Demanda Insatisfecha	En Construcc
			Encuestas de Nivel de Satisfaccion	En Construcc
		Nivel de Percepcion de Comodidad del Usuario Externo	Encuestas de Nivel de Satisfaccion	
PERSONAS	Ambiente Físico Adecuado	Nivel de Percepcion de Comodidad del Usuario Interno	Plan de Integracion de Data según politicas de acceso	2
	Sistema de Informacion Integrado	Percepcion de dificultad para acceder a Data	Talleres de Capacitacion en Derechos del Paciente	2
	RR.HH. Competentes y Suficientes		Campaña de Sensibilización	
	Implantar Cultura de la Calidad		Encuesta de Clima Organizacional	>84 y < 112
	Clima Laboral Adecuado	Resultado de la Medición de Clima Organizacional		