



Nº 28 -2025 -DG-INSN

RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 13 de Febrero de 2025

VISTO:

El Expediente con Registro Nº DG-002400-2025 que contiene el Memorando Nº 113-2025-OGC-INSN, con el cual se hace llegar el Documento Técnico: "Plan Anual de Trabajo de la Oficina de Gestión de la Calidad 2025", 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 007-OEPE-INSN-2025, la Directora Ejecutiva de la Oficina ejecutiva de Planeamiento Estratégico, emite opinión favorable a la propuesta del Documento Técnico: "Plan Anual de Trabajo de la Oficina de Gestión de la Calidad 2025";

Que, mediante Memorando Nº 113-2025-OGC-INSN, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad hace llegar a la Dirección General el Documento Técnico: "Plan Anual de Trabajo de la Oficina de Gestión de la Calidad 2025";



Que, con Memorando Nº 131-2025-DG/INSN, el Director General aprueba el Documento Técnico: "Plan Anual de Trabajo de la Oficina de Gestión de la Calidad 2025", 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 Trabajo de la Oficina de Gestión de la Calidad 2025", tiene como objetivo 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, que contribuya al logro de la acreditación del instituto;

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 Trabajo de la Oficina de Gestión de la Calidad 2025", que consta de (21) 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  
*[Signature]*  
M.C. CARLOS URBANO DURAND  
DIRECTOR GENERAL  
C.A.P. 18710 - R.N.E. 18886

**CLUD/ REK**  
**DISTRIBUCIÓN:**

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



## PLAN ANUAL DE TRABAJO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2025

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO



## ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	3
II. FINALIDAD	3
III. OBJETIVOS	3
3.1 Objetivo general	3
3.2 Objetivos específicos	4
IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN	4
V. BASE LEGAL	4
VI. CONTENIDO	5
6.1 DEFINICIONES OPERATIVAS	5
6.2 SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO O ADMINISTRATIVO	7
6.2.1 Antecedentes	7
6.2.2 Problemática	7
6.2.3 Causas del Problema	8
6.2.4 Población Objetivo	8
6.2.5 Alternativas de solución	8
6.3 ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA Y OPERATIVA CON EL POI	9
6.4 ACTIVIDADES POR OBJETIVO	9
6.5 PRESUPUESTO	11
6.6 ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN	13
VII. RESPONSABILIDADES	13
VIII. ANEXOS	13



## **I. INTRODUCCIÓN**

La OMS define la calidad de la atención como el grado en que los servicios de salud para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados. Esta se basa en conocimientos profesionales basados en la evidencia y es fundamental para lograr la cobertura sanitaria universal, por ello los servicios de salud de calidad deben ser eficaces, seguros y centrado en las personas; y para aprovechar los beneficios de una atención de salud de calidad, los servicios de salud deben ser oportunos, equitativos, integrados y eficientes.

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 de sus colaboradores.

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.

Para el presente año 2025, siguiendo la línea del objetivo señalado, la Oficina de Gestión de la Calidad se ha planteado alcanzar como resultado el 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 la Autoevaluación en el periodo 2024 con 89.64%; y 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, que contribuya al logro de 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 los estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios, mediante procedimientos sistemáticos y continuos 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
- ✓ Gestionar la Información Sanitaria para la Calidad de la atención
- ✓ Fortalecer los mecanismos de atención e información al Usuario Externo a través de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud.
- ✓ Conocer, analizar y difundir información para la calidad de la atención y la satisfacción del usuario.

## **IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN**

El presente Plan de Gestión de la Calidad es de aplicación en todos los Departamentos, Servicios y Unidades del INSN (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 Usuarías de los Servicios de salud.
- ✓ 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. CONTENIDO

### 6.1 Definiciones operativas

**Acreditación:** Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las UPSS de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.

**Auditoría de la Calidad de la Atención de 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. La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, en ninguna modalidad o tipo, tiene motivaciones o fines punitivos.

**Autoevaluación para la Acreditación:** Fase inicial obligatoria, en la cual el Instituto cuenta con un equipo de evaluadores internos previamente formados, quienes hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación (único instrumento para la evaluación periódica de los elementos relacionados con la calidad estructura, procesos y resultados que debe cumplir la institución para acreditarse) y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

**Calidad de la atención:** Expresa una situación deseable de la atención de salud que se alcanza por la presencia de ciertas características o cualidades en la atención



(que se denominan atributos de calidad, en sus 3 dimensiones: técnica, humana y de entorno) y por el cumplimiento de dispositivos legales, documentos normativos, requisitos y estándares pertinentes

**Cultura de Seguridad:** Se define como el conjunto de valores, actitudes, normas, sistemas y prácticas de gestión que determinan cómo se aborda la seguridad dentro de una organización. Este concepto implica no solo la forma en que se realizan las tareas, sino también cómo se perciben y gestionan los riesgos asociados a las actividades laborales. También conocida como cultura segura, un entorno colaborativo en el que clínicos cualificados se tratan unos a otros con respeto, los líderes dirigen un trabajo en equipo efectivo y promueven la seguridad psicológica, los equipos aprenden de los errores.

**Evaluación Externa:** Es la fase final de evaluación del proceso de acreditación que se orienta a confirmar de manera externa los resultados obtenidos respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación en la primera fase. Esta es una fase de carácter voluntario pero necesaria para acceder tanto a la Constancia para la Acreditación, como a la Resolución Ministerial para obtener la Condición de Acreditado. La Condición de Acreditado la otorga el Ministerio de Salud.

**Evento Adverso:** Lesión o resultado indeseado, inesperado, no intencional en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede estar causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.

**Evento Centinela:** Es aquel evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad en salud, pues por lo general es la manifestación de que algo está fallando en el proceso de atención. No todos los eventos adversos son eventos centinela.

**Incidente de Seguridad:** Suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias. Cuando un incidente causa daño o lesión se denomina evento adverso.

**Proyectos de Mejora Continua:** Actividad recurrente para aumentar la capacidad de cumplimiento de los estándares del sistema de gestión de la calidad con la finalidad de aumentar la satisfacción de los pacientes.

**Reclamo:** Manifestación verbal o escrita, efectuada ante la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS por un usuario o tercero legitimado ante la insatisfacción respecto a de los servicios, prestaciones o coberturas solicitadas o recibidas de estas, relacionadas a su atención en salud.

**Ronda de Seguridad del Paciente:** Es una herramienta que permite evaluar la ejecución de las Buenas Prácticas de la Atención en Salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada a una UPSS seleccionada al azar en una determinada IPRESS, liderado por la máxima autoridad de ésta, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.

**Satisfacción del usuario externo:** Grado de cumplimiento por parte de la organización de salud, respecto a las expectativas y percepciones del usuario en relación a los servicios que esta le ofrece.

**Seguridad del Paciente:** ausencia de un daño innecesario, real o potencial, asociado a la atención sanitaria. Comprende un conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente



probadas que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o mitigar sus consecuencias.

## 6.2 Situación actual del aspecto sanitario o administrativo

### 6.2.1 Antecedentes

En la siguiente matriz se presentan los resultados del Plan de Gestión de la Calidad 2024.

Nº	RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES	% Cumplimiento
1	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad en Salud del Instituto Nacional	100%
2	Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en los centros quirúrgicos del Instituto Nacional.	94%
3	Implementación de mecanismos para el Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de incidentes y Eventos Adversos en Salud en el Instituto Nacional.	83%
4	Implementación de la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud en el Instituto Nacional	72%
5	Implementación de proyectos y/o acciones de mejora según normatividad vigente	88%
6	Implementación del proceso de higiene de manos en el Instituto Nacional	80%
7	Implementación de las rondas de seguridad del paciente en el Instituto Nacional	100%
8	Implementación de la Autoevaluación del Proceso de Acreditación del Instituto Nacional.	95%
9	Información anual de evaluación de la satisfacción de los usuarios externos en el Instituto Nacional.	80%

Fuente. Matriz de Evaluación de Implementación de Gestión de la Calidad 2024

### 6.2.2 Problemática

- Los servicios que reportan incidentes de seguridad alcanzan un 85% de cumplimiento, encontrándose debajo del estándar, a consecuencia de ello tampoco se plantean acciones de mejora de manera óptima.
- Bajo porcentaje de implementación de recomendaciones de auditoría, actividad que está a cargo de las jefaturas de servicios y/o departamentos.
- Se culminó el año 2024, con 2 proyectos y/o acciones de mejora correspondiente al Departamento de Enfermería y Equipo conductor de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía respectivamente.
- El porcentaje de Adherencia al lavado de manos en el INSN, en el IV Trimestre 2024 es de 70.6%, por debajo del indicador trazador establecido por el MINSa, >85%.
- Los resultados de la Autoevaluación de los últimos tres años se encuentran por encima de 85% (Aprobado) y menor a 90%. Aún no se ha solicitado la evaluación externa.



- La satisfacción del usuario externo por la atención recibida se encuentra por debajo del estándar. De los Reclamos en Salud, se obtuvo 55% más en relación al año 2023.
- La producción de Guías Técnicas es pobre para la necesidad de la Institución.

### **6.2.3 Causas del Problema**

- Aún persiste el paradigma de posibles sanciones frente a la notificación de incidentes de seguridad, eventos adversos o eventos centinela.
- El personal asistencial no dispone de horas destinadas exclusivamente a la elaboración de Proyectos y/o Planes de mejora y Guías Técnicas.
- Poca adherencia para la elaboración de Guías Técnicas, lo que afecta directamente la Seguridad del Paciente, resultados de la Autoevaluación y la implementación de recomendaciones de auditoría.
- Dificultades de presupuesto e infraestructura relacionadas con algunos criterios de Autoevaluación.
- Insuficientes recursos humanos formados como auditores en salud para integrar los comités de auditoría.
- Insuficiente monitoreo de las buenas prácticas de atención por el mismo servicio.
- Los motivos de insatisfacción del usuario externo más frecuentes están relacionados a trato inadecuado al usuario y acceso a los servicios de salud, los mismos que se plasman en el Libro de Reclamaciones en Salud.
- Presencia de personal nuevo y en calidad de locadores de servicio.
- Limitado equipamiento informático en la institución que afecta los procesos de atención administrativa y asistenciales.

### **6.2.4 Población objetivo**

Personal asistencial y administrativo de los servicios, departamentos u oficinas del Instituto Nacional de Salud del Niño.

### **6.2.5 Alternativas de Solución**

Se utilizarán las siguientes estrategias:

- Se programarán cursos costo cero relacionados a Promoción y protección de derechos en salud, Autoevaluación, Cultura de Seguridad del Paciente, elaboración de Guías Técnicas, Elaboración de Proyectos de Mejora y NTS 139-2018 para la Gestión de la Historia Clínica.
- Se proyectarán visitas de acompañamiento a los servicios (ejecutores de procesos) según macroprocesos y resultados de autoevaluación.
- Se iniciará búsqueda activa de incidentes de seguridad, eventos adversos y eventos centinela.
- Se continuará con la asesoría permanente durante la elaboración de los proyectos de mejora continua hasta su aprobación con acto resolutivo. Luego se continuará con el monitoreo hasta su institucionalización.
- Se fortalecerán las acciones de monitoreo y evaluación de los servicios para la gestión del riesgo.

Todas estas estrategias se han incluido dentro de las actividades por objetivo en el presente Plan de trabajo.



### **6.3 ARTICULACION ESTRATEGICA Y OPERATIVA CON EL POI**

Las estrategias a desarrollar por la Oficina de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional de Salud del Niño, 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.

Los objetivos, indicadores y actividades del Instituto Nacional de Salud del Niño, se encuentran articulados a los Objetivos Estratégicos del Plan Estratégico Institucional Ampliado del Ministerio de Salud 2019-2027, aprobado con RM N° 172-2024/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, con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados.

### **6.4 ACTIVIDADES POR OBJETIVO**

#### **6.4.1 FORTALECER LA ORGANIZACIÓN DE LA CALIDAD EN EL INSN**

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

#### **6.4.2 FORTALECER LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**

- ✓ 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.
- ✓ Ejecución de la encuesta de evaluación de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- ✓ Evaluación mensual y semestral de la aplicación 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.

#### **6.4.3 GESTIONAR EL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS 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 "Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente".
- ✓ Ejecución a los servicios asistenciales mediante Rondas de Seguridad.

#### **6.4.4 GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO POR LOS PROFESIONALES DE SALUD, DE LOS ESTÁNDARES Y REQUISITOS DE CALIDAD DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN EN SALUD A LOS USUARIOS, MEDIANTE**



## **PROCEDIMIENTOS SISTEMÁTICOS Y CONTINUOS DE EVALUACIÓN A TRAVÉS DE LAS AUDITORÍAS DE CALIDAD.**

- ✓ Actualizar mediante RD la conformación de los Comités de Auditoría Médica, Comités adscritos y Comité en Auditoría en Salud según la NT 029-MINSA/DGSP-V02
- ✓ 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.

### **6.4.5 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
- ✓ Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad (MCC) mediante Asistencia Técnica y Capacitación en Proyectos de MCC.

### **6.4.6 FORTALECER EL PROCESO DE EVALUACIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PARA LA ACREDITACIÓN DEL INSN**

- ✓ 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.

### **6.4.7 GESTIONAR LA INFORMACIÓN SANITARIA PARA LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN**

- ✓ Monitorización de la adherencia de higiene de manos en los servicios del instituto.

### **6.4.8 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.
- ✓ Capacitación al personal de la Institución sobre "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.

### **6.4.9 CONOCER Y ANALIZAR INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO**



- ✓ Medición de la satisfacción del usuario mediante la encuesta SERVQUAL Modificado, procesamiento y reporte con el aplicativo (formato Excel), en consulta externa /hospitalización/ emergencia, en el Instituto.
- ✓ 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.

Ver anexo 1. Matriz de Programación del Plan de Gestión de la Calidad 2025 - INSN

## 6.5 PRESUPUESTO

Tabla N° 1

	<b>TAREA</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Servicios</b>	<b>Bienes</b>	<b>*Presupuesto</b>
Ejecutar de manera ordenada, secuencial y coherente las acciones a realizar en la Oficina de Gestión de la calidad en el año 2025	Fortalecer la organización de calidad mediante la ejecución del Plan de la Oficina de Gestión de la Calidad	2	S/ 52,500	S/ 858.1	S/ 53,358.1
	Fortalecer la implementación de la lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en Centro quirúrgico.	2	S/ 52,500	S/ 858.1	S/ 53,358.1
	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/ 52,500	S/ 858.1	S/ 53,358.1
	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/ 52,500	S/ 858.1	S/ 53,358.1
	Promover y fortalecer la Cultura de Calidad por la Mejora Continua de la Calidad.	2	S/ 52,500	S/ 858.1	S/ 53,358.1
	Fortalecer el Proceso de Evaluación Integral de la Calidad para la Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.	1	S/ 52,500	S/ 858.1	S/ 53,358.1
	Fortalecer las buenas prácticas de atención y gestión del riesgo: Rondas de Seguridad	1	S/ 52,500	S/ 858.1	S/ 53,358.1
	Gestionar las Relaciones con el Usuario Externo mediante el fortalecimiento de la Plataforma de Atención al Usuario	2	S/ 54,910	S/ 858.1	S/ 53,358.1
	Información para la calidad de la Atención y la Satisfacción del Usuario.	1	S/ 27,410	S/ 858.1	S/ 28,268.1
	<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>447,410</b>	<b>7,722.9</b>	<b>455,132.9</b>



Los montos consignados en el cuadro anterior, se aprecian en la columna de "Bienes", correspondiente a los materiales e insumos necesarios para la realización de las actividades de la Oficina de Gestión de la Calidad, incluyendo la PAUS. (Tabla 1).

En la columna de "SERVICIOS", corresponde al número específico de Gasto 23.27.11.99 de Servicios Diversos, en función al personal contratado el 2025 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 en Salud (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

	<b>*COSTO UNIDAD</b>	<b>CANT X AÑO</b>	<b>*TOTAL POR AÑO</b>
Tóner Lexmark MX711 25k	S/. 1,200.00	3	S/. 3 600.00
Tóner HP Laser Jet 1022	S/. 433.20	6	S/. 2 599.20
Hojas	S/. 15.00	48	S/. 720.00
Plumones para pizarra caja x4	S/. 10.00	2	S/. 20.00
Mota de pizarra acrílica	S/. 3.90	2	7.80
Notas adhesivas paq. x 500)	S/. 15.00	2	S/. 30.00
Lapiceros	S/. 0.50	24	S/. 12.00
Clips caja x100	S/. 3.00	10	S/. 30.00
Grapas x 5000	S/. 3.60	5	S/. 18.00
Archivadores	S/. 8.30	24	S/. 199.20
Folder Manila A4 paq. x 25	S/. 9.10	12	S/. 109.20
Fastener caja x50	S/. 9.70	5	S/. 48.50
USB 64 GB	S/. 35.00	3	S/. 105.00
Tablillas acrílicas con sujetador	S/. 11.20	20	S/. 224.00
			7,722.9

Tabla 3: Presupuesto para Servicios requeridos (\*\*)

	<b>*COSTO UNIDAD</b>	<b>CANT X AÑO</b>	<b>*TOTAL POR AÑO</b>
Médico Auditor	S/. 6,500.00	12	S/. 78,000.00
Médico Auditor	S/. 6,500.00	12	S/. 78,000.00
Médico Auditor	S/. 6,500.00	12	S/. 78,000.00
Médico Auditor	S/. 6,500.00	12	S/. 78,000.00
Guía Hospitalaria (6 hrs.)	S/. 1 500.00	12	S/. 18 000.00
Guía Hospitalaria (6 hrs.)	S/. 1 500.00	12	S/. 18 000.00
Guía Hospitalaria (6 hrs.)	S/. 1 500.00	12	S/. 18 000.00
Guía Hospitalaria (6 hrs.)	S/. 1 500.00	12	S/. 18,000.00
Guía Hospitalaria (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/. 420,000.00
Vestuario	S/. 100.00	10	S/. 1,000.00
Impresión de flujogramas	S/. 15.00	50	S/. 750.00
Impresión de tríptico: derechos del usuario costo por millar	S/. 220.00	3000	S/. 660.00
Encuesta de Satisfacción del usuario - SERVQUAL Medición de Tiempos de espera	S/. 25,000.00	1	S/. 25,000.00

(\*) Valor referencial

(\*\*) Según personal por locación de servicios que actualmente laboran en OGC y PAUS, y valor\* de cotización de la Encuesta SERVQUAL 2025.

### 6.5.1 RECURSOS HUMANOS

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

### 6.6 ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN

Los avances respecto a la implementación del Plan Anual de Gestión de la Calidad 2025 se medirán a través de los indicadores descritos en la Matriz de programación de Actividades del presente Plan.

## VII. RESPONSABILIDADES

### 7.1 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.

### 7.2 DE LA DIRECCIÓN GENERAL

Promover y Apoyar las actividades del presente Plan.

### 7.3 OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN

Brindar el apoyo logístico para el cumplimiento del Plan.

## VIII. ANEXOS



## Anexo 1: Matriz de Programación del Plan de Gestión de la Calidad 2025 – INSN

OBJETIVO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ACTIVIDADES	INDICADOR TRAZADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	META DE CUMPLIMIENTO ANUAL	PERIODICIDAD DE REPORTE	RESPONSABLE	PROGRAMACIÓN 2025				
								I	II	III	IV	Total anual
1. Fortalecer la organización de la Calidad en el INSN	Mejora continua de la calidad de los servicios ofertados, mediante el desarrollo de una Cultura de Calidad, sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios externos. RM.N° 519-2006/MINSA aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"	Aprobación del Plan de la Oficina de Gestión de la Calidad	Plan elaborado por la Oficina de Gestión de la Calidad. Plan Aprobado con RD por la Dirección General	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				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				1
		Ejecución y Monitoreo del Plan Anual de Gestión de Calidad	Ejecución del Plan Anual de Gestión de la Calidad	Informe de evaluación del Plan de Gestión de la Calidad	Dos (02)	SEMESTRAL	Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad	1		1		2
2. Fortalecer la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en Centro Quirúrgico.	Aplicación de la Lista de Verificación de las Buenas Prácticas en Seguridad del paciente en el Centro Quirúrgico, conforme a lo establecido en normatividad vigente. RM N° 1021-	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.	Elabora un Plan de Mejora que permita la implementación de la LVSC	Informe de Acciones o Plan de Mejora para la implementación de la LVSC.	Uno (01)	ANUAL	Equipo Conductor de la LVSC / Dpto. Anestesiología / OGC		1			1



OBJETIVO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ACTIVIDADES	INDICADOR TRAZADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	META DE CUMPLIMIENTO ANUAL	PERIODICIDAD DE REPORTE	RESPONSABLE	PROGRAMACIÓN 2025				
								I	II	III	IV	Total anual
	2010/MINSA; que aprueba la Guía Técnica para la Implementación de la Lista de Verificación para la Cirugía Segura.	Ejecución de la 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 Seguridad de la Cirugía	Encuesta aplicada	Dos (02)	SEMESTRAL	Equipo Conductor de la LVSC / Dpto. Anestesiología / OGC		1		1	2
		Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía programada	Implementación de la LVSC Cirugías Programadas que aplican Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.	Informe de Implementación de la LVSC	Doce (12)	Mensual	Equipo Conductor de la LVSC / Dpto. Anestesiología / OGC	3	3	3	3	12
			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		1	2
3. Gestionar el Riesgo y las Buenas Prácticas para la Seguridad del	Procedimiento para el Registro, Notificación y el Análisis sobre la ocurrencia de incidentes y/o eventos	Aprobación del 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				1



OBJETIVO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ACTIVIDADES	INDICADOR TRAZADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	META DE CUMPLIMIENTO ANUAL	PERIODICIDAD DE REPORTE	RESPONSABLE	PROGRAMACIÓN 2025				
								I	II	III	IV	Total anual
Paciente.	adversos RM N° 727-2009/MINSA, que aprueba el "Documento Técnico, Políticas de Calidad en Salud" y Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud (RM N° 163-2020-MINSA)	Registro, notificación y análisis de la ocurrencia de eventos adversos en salud.	Monitorizar el Registro v Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela	Informe mensual de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela	Doce (12)	Mensual	Oficina de Gestión de la Calidad /	3	3	3	3	12
		Capacitación en "Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente".	Personal de Salud capacitados para fortalecer la seguridad del paciente,	Capacitación según programación del PDP	Uno (01)	ANUAL	Equipo Técnico de la Oficina de gestión de la Calidad / Of. De personal			1		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, que incluye anexo de monitoreo del Plan de Acción.	Doce (12)	Mensual	Equipo Técnico de la Oficina de gestión de la Calidad/ Equipo de Rondas de Seguridad	3	3	3	3	12
4. Garantizar el cumplimiento por los profesionales de salud, de los estándares y requisitos de calidad de los	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	Actualizar mediante RD la conformación de los Comités de Auditoría Médica, Comités adscritos y Comité en Auditoría en Salud según la NT 029-MINSA/DGSP-V02	RD de los miembros de los comités de Auditoría de la calidad de la Atención, Comité adscrito y Comité de Auditoría Médica	RD Actualizada de los comités	Uno (01)	ANUAL	Dirección General / Oficina de Gestión de la Calidad.	1				1



OBJETIVO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ACTIVIDADES	INDICADOR TRAZADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	META DE CUMPLIMIENTO ANUAL	PERIODICIDAD DE REPORTE	RESPONSABLE	PROGRAMACIÓN 2025				
								I	II	III	IV	Total anual
procesos de atención en salud a los usuarios, mediante procedimientos sistemáticos y continuos de evaluación a través de las auditorías de calidad.	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 EESS y servicios médicos de apoyo. RM N° 502-2016/MINSA; que aprueba la Norma Técnica N° 029-MINSA/DIGEPRES V.02. NT de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud	Aprobación del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.	RD de aprobación del Plan de Auditoría.	RD de aprobación del Plan de Auditoría.	Uno (01)	ANUAL	Dirección General / Oficina de Gestión de la Calidad.	1				1
		Evaluación Semestral de Ejecución del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	Porcentaje de Avances del Plan Anual de Auditoría de la Calidad I y II semestre	Informes Semestral de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud que contenga Avances del Plan anual de Auditoría de la Calidad.	Dos(02)	SEMESTRAL	Oficina de Gestión de la Calidad /Comité de Auditoría Médica y Comité de Auditoría en Salud	1		1		2
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° 095-2012/MINSA; que aprueba la Guía Técnica para la elaboración de proyectos de mejora.	Elaboración de proyectos y/o acciones de mejora a través de Asistencia Técnica.	Proyectos y/o acciones de mejora en base a la problemática identificada aprobados con RD	Resolución Directoral de proyectos y/o acciones de mejora	Uno (01)	ANUAL	Oficina de Gestión de la Calidad, Servicios asistenciales y administrativos		1			1
		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	Informe de Monitoreo de proyectos y/o acciones de mejoras implementadas	Informe de Resultados o Resolución Directoral de proyectos y/o acciones de mejora implementados.	Dos (02)	SEMESTRAL	Oficina de Gestión de la Calidad, Servicios asistenciales y administrativos		1			1



OBJETIVO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ACTIVIDADES	INDICADOR TRAZADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	META DE CUMPLIMIENTO ANUAL	PERIODICIDAD DE REPORTE	RESPONSABLE	PROGRAMACIÓN 2025					
								I	II	III	IV	Total anual	
		institucionales identificadas											
		Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad (Capacitación en Proyectos de MCC y/o Asistencia Técnica)	Personal de Salud que conforman los Equipos de Mejora que recibieron capacitación o Asistencia Técnica en "Fortalecimiento de conocimientos, actitudes y prácticas referidos a la Gestión de Proyectos de Mejora Continua	Informe de las capacitación según lo programado en PDP	Uno (01)	ANUAL	Oficina de Gestión de la Calidad / Of. De Personal		1				1
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	Personal de Salud designado oficialmente como Evaluadores Internos para la autoevaluación.	Listado de Evaluadores Internos designados con Resolución Directoral.	RD que aprueba el Listado Oficial de Evaluadores Internos de la IPRESS, según normatividad vigente.	Uno (01)	ANUAL	Oficina de Gestión de la Calidad, Servicios asistenciales y administrativos	1					1



OBJETIVO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ACTIVIDADES	INDICADOR TRAZADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	META DE CUMPLIMIENTO ANUAL	PERIODICIDAD DE REPORTE	RESPONSABLE	PROGRAMACIÓN 2025					
								I	II	III	IV	Total anual	
	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	Evaluadores Internos entrenados en la Norma Técnica de Salud: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo	Actividad de capacitación o Asistencia técnica referente a la Norma Técnica de Salud: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.	Informe de capacitaciones realizadas a los equipos de evaluadores internos y/o asistencia técnica	Uno (01)	ANUAL	Oficina de Gestión de la Calidad / Of. de personal.		1				1
		Autoevaluación para la Acreditación del INSN	Cumplimiento del Proceso de Autoevaluación según la Norma Técnica de Salud: Acreditación de EESS y Servicios Médicos de Apoyo.	Informe de Ejecución del Plan de Autoevaluación	Uno (01)	ANUAL	Oficina de Gestión Calidad/Directores de Línea/ Jefes de servicios asistenciales y administrativos				1		1
		Cumplimiento del Plan de Mejora post Autoevaluación	Informe que señale la Implementación de las mejoras en base a la Autoevaluación realizada	Informe de Seguimiento a la Implementación de Mejora a partir de la Autoevaluación	Un (01)	ANUAL	Oficina de Gestión de la Calidad, Servicios Asistenciales y Administrativos.		1				
7. Gestionar la Información Sanitaria para la Calidad de la atención	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 N° 255-2016/MINSA)	Monitorización de la adherencia de higiene de manos en los servicios del instituto.	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	Informe de la Adherencia a la Higiene de Manos elaborado por la Oficina de Epidemiología y Documento circular de difusión en el INSN	Cuatro (04)	Trimestral	Epidemiología / Oficina de Gestión de la Calidad	1	1	1	1		4



OBJETIVO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ACTIVIDADES	INDICADOR TRAZADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	META DE CUMPLIMIENTO ANUAL	PERIODICIDAD DE REPORTE	RESPONSABLE	PROGRAMACIÓN 2025				
								I	II	III	IV	Total anual
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 N° 002-2019-SA; Aprueban Reglamento para la Atención de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las IAFAS, IPRESS Y UGIPRESS públicas, privadas y mixtas	Supervisión y monitoreo de la Plataforma de Atención al Usuario y Libro de Reclamaciones en Salud: Implementado y funcionando según norma vigente.	95% de los reclamos se resuelven dentro del plazo establecido	Informes de Libro de Reclamaciones en Salud 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	3	3	3	3	12
			Porcentaje de usuarios que acuden al INSN 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	Cuatro (04)	Trimestral	Responsable de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud y Libro de Reclamaciones en Salud	1	1	1	1	4
		Capacitación al personal de la Institución sobre "Promoción y Protección de los Derechos de los Usuarios de los Servicios de Salud; 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		1				1



OBJETIVO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ACTIVIDADES	INDICADOR TRAZADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	META DE CUMPLIMIENTO ANUAL	PERIODICIDAD DE REPORTE	RESPONSABLE	PROGRAMACIÓN 2025				
								I	II	III	IV	Total anual
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 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 EESS y Servicios Médicos de Apoyo"	Aplicación de la Encuesta SERVQUAL Modificado de satisfacción del Usuario Externo en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia.	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			1		1
	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	Dos (02)	ANUAL	Dirección General / Oficina de Gestión de la Calidad		1	1		2
<b>TOTAL</b>												<b>82</b>