



PERÚ

Ministerio
de SaludVice ministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludInstituto Nacional
de Salud del Niño"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

Nº 64 -2022 -DG-INSN

RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 10 de Mayo de 2022

VISTO:

El Expediente con Registro Nº DG-003007-2022 que contiene el Memorando Nº 237-2022-OGC-INSN, con el cual se hace llegar el Documento Técnico: "Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad 2022", 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 Nº177-OEPE-INSN-2022, El Director Ejecutivo 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 2022"

Que, mediante Memorando Nº237-2022-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 2022"

Que, con Memorando Nº225-2022-DG/INSN, el Director General aprueba el Documento Técnico: "Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad 2022", 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 2022, 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,

www.insn.gob.peAv. Brasil 600
Breña. Lima 5, Perú
Tfno. (511) 330-0066



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional
de Salud del Niño

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

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 Actividades de la Oficina de Gestión de la Calidad 2022", que consta de (17) Folios

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. 034954

JATM/ REK
DISTRIBUCIÓN:

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

www.insn.gob.pe

Av. Brasil 600
Breña. Lima 5, Perú
Tfno. (511) 330-0066



PLAN ANUAL DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL INSN - 2022



INDICE

I. INTRODUCCIÓN	2
II. FINALIDAD.....	3
III. OBJETIVOS	3
IV. AMBITO DE APLICACIÓN.....	4
V. BASE LEGAL	4
VI. ESTRATEGIA	5
VII. ACTIVIDADES POR OBJETIVO ESPECÍFICO	7
VIII. RECURSOS NECESARIOS	8
IX. RESPONSABILIDADES	11
X. EVALUACION.....	12
XI. MATRÍZ DE CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN	13



I.- INTRODUCCIÓN:

El mundo, en los últimos años continúa enfrentándose a la Pandemia de Covid19, por lo que hoy en día obliga a los gobiernos a continuar priorizando la movilización de recursos en salud para detener y/o controlar la pandemia, sin embargo, nunca es suficiente porque depende además de la actitud del ciudadano. Ante este escenario, la Pandemia por la COVID-19 sigue representando el gran desafío a superar por los gobiernos.

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 la calidad de los procesos asistenciales y administrativos de atención al paciente, con la participación activa del personal.

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.

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 2022 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 la acreditación del instituto para brindar una atención segura y centrada en el usuario y siguiendo los lineamientos emanados de la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad del MINSA, así mismo también evaluando la problemática propia de nuestra institución.

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 ESPECIFICOS:

- ✓ 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 Auditorias 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.- AMBITO 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.
- ✓ 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 desplegar 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 de 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 ESPECIFICO:

7.1 Fortalecer la organización de la calidad

- ✓ Aprobar el 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

7.2 Fortalecer la implementación de la lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en Centro quirúrgico

- ✓ Planes y/o acciones de mejora para asegurar la sostenibilidad de la implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.
- ✓ Evaluar la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura
- ✓ Encuesta de evaluación de la implementación 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

- ✓ Aprobar el 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

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.



- ✓ Actualizar mediante RD los miembros del comité de Auditoría de la calidad de la Atención, Comité adscrito y Comité en Salud según la NT 029-MINSA/DGSP-V02.
- ✓ Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud aprobado
- ✓ Ejecución del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud e informar en forma semestral.

7.5 Promover y fortalecer el desarrollo de proyectos y/o acciones de mejora institucional de los procesos de atención

- ✓ Asistencia Técnica para elaboración de proyectos y/o acciones de mejora.
- ✓ 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
- ✓ 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).

7.6 Fortalecer el Proceso de Evaluación Integral de la Calidad para la Acreditación del Instituto Nacional de Salud del Niño

- ✓ Personal de salud designados 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
- ✓ Autoevaluación para la Acreditación del INSN.
- ✓ 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.

- ✓ Monitorear de forma integral la vigilancia, prevención y control de las IAAS/IIH en el Instituto.
- ✓ Monitoreo 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

PLAN ANUAL DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL INSN - 2022



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.

Ejecutar de manera ordenada, secuencial y coherente las acciones a realizar en la Oficina de Gestión de la calidad en el año 2022.	TAREA	Meta Anual 2022	SERVICIOS	BIENES	TOTAL PRESUPUESTO
	Fortalecer la organización de calidad mediante la ejecución del Plan de la Oficina de Gestión de la Calidad	2	S/ 46,500	S/ 851.5	S/ 47,351.5
	Fortalecer la implementación de la lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en Centro quirúrgico.	2	S/ 46,500	S/ 851.5	S/ 47,351.5
	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/ 46,500	S/ 851.5	S/ 47,351.5
	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/ 46,500	S/ 851.5	S/ 47,351.5
	Promover y fortalecer la Cultura de Calidad por la Mejora Continua de la Calidad.	2	S/ 46,500	S/ 851.5	S/ 47,351.5
	Fortalecer el Proceso de Evaluación Integral de la Calidad para la Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.	1	S/ 46,500	S/ 851.5	S/ 47,351.5
	Fortalecer las buenas prácticas de atención y gestión del riesgo: Rondas de Seguridad	1	S/ 46,500	S/ 851.5	S/ 47,351.5
	Gestionar las Relaciones con el Usuario Externo mediante el fortalecimiento de la Plataforma de Atención al Usuario y la Satisfacción del Usuario.	2	S/ 47,500	S/ 851.5	S/ 48,351.5
	Información para la calidad de la Atención y la Satisfacción del Usuario.	1	S/ 19,500	S/ 851.5	S/ 20,351.5
	TOTAL	16	S/ 391,500	S/ 7,664.0	S/ 400,164

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", correspondería al Número Específico de Gasto 23.27.11.99 de Servicios Diversos, en función al personal contratado el 2022 en la



modalidad de servicios por terceros, para poder realizar a cabalidad las actividades de la Oficina, y que actualmente siguen laborando, siendo estos: 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 Encuesta SERVQUAL, para la medición de Satisfacción del Usuario Externo y medición de Tiempos de Espera, que se realizan anualmente. (Tabla 2)

Tabla 1: Presupuesto para Bienes requeridos

	*COSTO UNIDAD	CANTIDAD POR AÑO	*TOTAL POR AÑO
Toner Lexmark MX711 25k	S/. 1,200.00	3	S/. 3,600.00
Toner HP Laserjet 1022	S/. 240.00	12	S/. 2,880.00
Hojas	S/. 16.00	48	S/. 768.00
Plumones (caja x10)	S/. 10.00	2	S/. 20.00
Papelografos	S/. 0.50	50	S/. 25.00
Notas adhesivas (pqte. x500)	S/. 15.00	2	S/. 30.00
Lapiceros	S/. 0.50	24	S/. 12.00
Clips (caja x100)	S/. 2.00	10	S/. 20.00
Grapas (Caja x5000)	S/. 3.00	1	S/. 3.00
Archivadores	S/. 5.50	24	S/. 132.00
Folder Manila A4 (pqte x25)	S/. 2.00	12	S/. 24.00
Fasteners (caja x50)	S/. 6.00	6	S/. 36.00
CD (caja x100)	S/. 90.00	1	S/. 90.00
Cartulina duplex 190gr	S/. 1.00	24	S/. 24.00
			S/. 7,664.00

Tabla 2: Presupuesto para Servicios requeridos ()**

Médico Auditor	S/. 5,500.00	12	S/. 66,000.00
Médico Auditor	S/. 5,500.00	12	S/. 66,000.00
Médico Auditor	S/. 5,500.00	12	S/. 66,000.00
Médico Auditor	S/. 5,500.00	12	S/. 66,000.00
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/. 372,000.00
Vestuario	S/. 100.00	10	S/. 1,000.00
Encuesta de SERVQUAL	S/. 19,500.00	1	S/. 19,500.00

(*) Valor referencial

(**) Según personal por terceros que actualmente labora en OGC y PAUS, y valor* de Encuesta SERVQUAL 2022.



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.
- ✓ Papelografos.
- ✓ Clips.
- ✓ Grapas.
- ✓ Cartulinas dúplex 190gr.
- ✓ Tableros acrílicos con sujetador.
- ✓ Tóner para impresora HP Laserjet 1022.
- ✓ Tóner para impresora multifuncional Lexmark MX711.
- ✓ CDs en blanco.
- ✓ Banner.
- ✓ Computadoras.
- ✓ Archivadores.

8.4 Otros:

- ✓ Capacitaciones.
- ✓ Refrigerios.

IX.- RESPONSABILIDADES:

9.1 DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD:

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

9.2 DE LA DIRECCION 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.- EVALUACION:

Los avances respecto a la implementación del Plan Anual de Gestión de la Calidad 2022 se medirán a través de los indicadores descritos en la Matriz de programación del Plan de Gestión de la Calidad 2022

XI.- ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE PROGRAMACION DEL PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD 2022 DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

XI. MATRIZ DE CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES 2022-OFCINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD-INSN											
OBJETIVOS	DEFINICIONES OPERACIONALES	ACTIVIDADES	INDICADOR TRAZADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	META DE CUMPLIMIENTO ANUAL	PERIODICIDAD DE REPORTE	RESPONSABLES	PROGRAMACIÓN 2022			
								I	II	III	IV
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 de 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			
		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		1	
		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 Plan de Mejora para la implementación de la LVSC.	Uno (01)	ANUAL	Equipo Conductor de la LVSC / Dpto. Anestesiología / OGC		1		
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 Centros Quirúrgicos, conforme a lo establecido en normalidad vigente. RM N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Implementación de la Lista de Verificación para cirugía segura.	Encuesta de evaluación de la implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía de todos los establecimientos de salud donde se realizan intervenciones quirúrgicas.	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		1
		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. ≥ 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

PLAN ANUAL DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL INSN - 2022



OBJETIVOS	DEFINICIONES OPERACIONALES	ACTIVIDADES	INDICADOR TRAZADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	META DE CUMPLIMIENTO ANUAL	PERIODICIDAD DE REPORTE	RESPONSABLES	PROGRAMACIÓN 2022			
								I	II	III	IV
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/INSA, que aprueba el "Documento Técnico. Políticas de Calidad en Salud"	Aprobar el Plan de Seguridad del paciente	Plan de seguridad del paciente elaborado y Aprobado.	RD. de aprobación del Plan de seguridad del paciente	Uno (01)	ANUAL	Dirección General / Oficina de Gestión de la Calidad	1			
		Identificar eventos adversos más frecuentes en el Instituto y los Servicios donde se originan analizan la causa más frecuente	Monitorear el Registro y Notificación de Eventos Adversos en los servicios, donde detalla la metodología causa raíz para el análisis de los Eventos Adversos	Reportes remitidos por los servicios de salud que vienen implementando Registro y Notificación de Eventos Adversos, (tasa de prevalencia de eventos adversos e identificación del servicio con más eventos adversos)	Dos (02)	SEMESTRAL	Oficina de Gestión de la Calidad / Servicios Asistenciales del Instituto.	1			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 POP	Uno (01)	ANUAL	Equipo técnico de la Oficina de gestión de la Calidad / Departamento de Alergología / 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	3	3	3
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.	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/INSA, que aprueba la Norma Técnica N° 029- MINSA/DIGIPRESS Y 02. NT de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud	Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud aprobado	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			
		Ejecución del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	Avances del Plan Anual de Auditoría de la Calidad.	Informe Semestral de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud que contiene: Avances del Plan anual de auditoría de la Calidad.	Dos(02)	SEMESTRAL	Oficina de Gestión de la Calidad / Comité de Auditoría.		1		1

PLAN ANUAL DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL INSN - 2022



OBJETIVOS	DEFINICIONES OPERACIONALES	ACTIVIDADES	INDICADOR TRAZADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	META DE CUMPLIMIENTO ANUAL	PERIODICIDAD DE REPORTE	RESPONSABLES	PROGRAMACIÓN 2022			
								I	II	III	IV
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 institucionales. RM N° 095-2012/MNSA; que aprueba la Guía Técnica para la elaboración de proyectos de mejora.	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.	RD, Proyecto de mejora	Uno (01)	ANUAL	Oficina de Gestión de la Calidad, Servicios Asistenciales y administrativos.	1			
		Monitorear los proyectos y/o acciones institucionalizados de mejora aprobados en la Institución.	Informe de proyecto de mejoras.	Informe respectivo remitido por los servicios del proyecto y/o acciones de mejora	Uno (01)	ANUAL	Oficina de Gestión de la Calidad, Servicios Asistenciales y administrativos.			1	
		Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad (Capacitación en Proyectos de MCC)	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 de las capacitaciones referidas a la Gestión de Proyectos de Mejora Continua.	Un (01) Informe de capacitación	ANUAL	Oficina de Gestión de la Calidad / Of. De Personal			1	
							Dirección General / Oficina de Gestión de la Calidad, Servicios Asistenciales y administrativos.			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 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 designados oficialmente como Evaluadores internos para la autoevaluación.	Lista de Evaluadores Internos designados con Resolución Directoral.	RD que aprueba el Listado Oficial de Evaluadores internos de la PRESS, según normatividad vigente.	Un (01)	ANUAL	Oficina de Gestión de la Calidad, Servicios Asistenciales y administrativos.			1	
		Evaluadores internos entrenados en la Norma Técnica de Salud: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo	Actividad de capacitación 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.	Un (01)	ANUAL	Oficina de Gestión de la Calidad / Of. de personal.				
		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 Linea/ Jefes de servicios asistenciales y administrativos /			1	
		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.			1	

PLAN ANUAL DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL INSN - 2022

OBJETIVOS	DEFINICIONES OPERACIONALES	ACTIVIDADES	INDICADOR TRAZADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	META DE CUMPLIMIENTO ANUAL	PERIODICIDAD DE REPORTE	RESPONSABLES	PROGRAMACIÓN 2022			
								I	II	III	IV
7. Gestión de la Información Sanitaria (IAS) para la Calidad de la atención	Evaluar y Supervisar de forma integral la Prevención y control interno de IAS/HH 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". 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)	Monitorear de forma integral la Prevención y control interno de IAS/HH en el Instituto. Supervisión y Monitoreo de la práctica de higiene de manos en los establecimientos de salud	Evaluar los Procesos de Prevención y Control de las IAS referente a la Implementación de los Planes y Normas Técnicas de Salud: Prevención y Control de IAS/HH vigentes. 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 sobre las evaluaciones internas realizadas por el equipo evaluador interno de la Vigilancia, Prevención y Control de las IAS/HH	Dos (02)	SEMESTRAL	Oficina de Gestión de la Calidad / Equipo Evaluador Interno de las IAS.	1		1	
				Informe de la Adherencia de lavados de manos	Dos (02)	SEMESTRAL	Epidemiología / Oficina de Gestión de la Calidad	1		1	
				Informe de libro de Reclamaciones y Porcentaje de Reclamos Atendidos	Dos (12)	Mensual	Oficina de Gestión de la Calidad / Plataforma de Atención al Usuario.	3	3	3	3
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 SUPLENTO N° 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 - AFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - PRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGPPRESS, públicas, privadas y mixtas	Supervisar la operatividad de la Plataforma de Atención al Usuario y Libro de Reclamaciones. Difusión de los Derechos de las Personas usuarias 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	Plataforma de Atención al usuario	1		1	
				Informe de Capacitación	Uno (01)	ANUAL	Oficina de Gestión de la Calidad / Of. De Personal		1		
9. Conocer y analizar la 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"	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". 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.			1	
				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.		1		

