



PERÚ Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño - Breña

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

RESOLUCION DIRECTORAL

Nº 111 -2017-INSN-DG

Lima, 07 de Abril del 2017

VISTO:

El Expediente con Registro N° 003073 y el Memorando N° 199-2017OGC/INSN; con el cual se hace llegar el Documento Técnico: "Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad 2017"; 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 implementar el Sistema de Gestión de la Calidad para promover la mejora continua de Calidad los procesos asistenciales y administrativos de atención al paciente;

Que, el Documento Técnico "Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad 2017"; se propone para su incorporación en la evaluación periódica del Desempeño de los procesos gerenciales; prestacionales y de apoyo dirigidos a obtener la acreditación "NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02; "Norma Técnica de Salud para la acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".

Que, mediante Memorando N° 199-2017-OGC/INSN; el Director 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 2017", que cuenta con opinión técnica favorable de la Dirección Adjunta, para su opinión y aprobación con Resolución Directoral;

Que, con Memorando N° 171-DG-INSN-2017, el Director General aprueba el Documento Técnico: "Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad 2017"; y con la Visación de la Dirección Adjunta con Memorando N°066-DA-INSN-2017; 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 Documento Técnico: "Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad 2017", que consta de XVI 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 y Comuníquese

ATB/RVP

DISTRIBUCIÓN:

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

PERÚ	MINISTERIO DE SALUD	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - BREÑA
CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado. 11 MAY 2017 0897 Reg. N°		
LIC. CARMEN LUCIA MARTINEZ ESPINOZA C.T.S.P. N° 10051 FEDATARIA		

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



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN ANUAL DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD-2017.

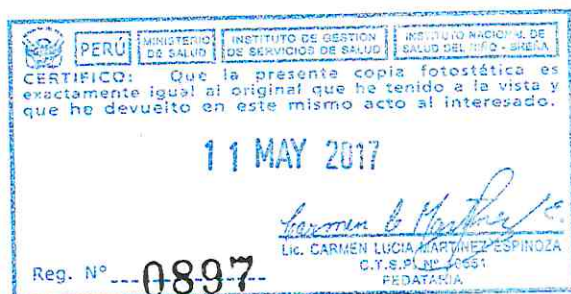
PERÚ	MINISTERIO DE SALUD	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - CIRENA
CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.		
11 MAY 2017		
Reg. N° 0897	<i>Carmen L. Martínez</i> Lic. CARMEN LUCIA MARTÍNEZ ESPINOZA C.T.S. PL. N° 1661 FEDATARIA	





INDICE

I.- INTRODUCCIÓN	3
II.- FINALIDAD.....	5
III.- OBJETIVOS	5
IV.- MARCO LEGAL	6
V.- AMBITO DE APLICACIÓN	7
VI.- ESTRATEGIA	7
VII.- ACTIVIDADES	7
VIII. RESPONSABILIDADES.....	10
IX.- EVALUACION.....	11
X.- CRONOGRAMA.....	11
XI.- BIBLIOGRAFIA.....	12



PLAN ANUAL DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL INSN- 2017

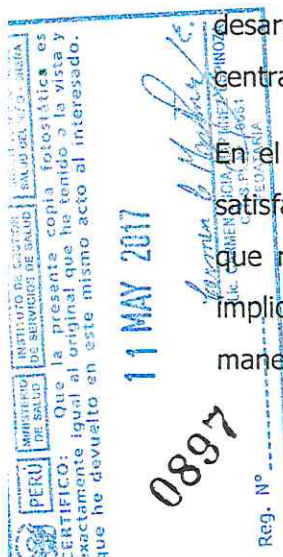
I.- INTRODUCCIÓN:

La mejora de los servicios de salud es uno de los principales objetivos del sistema de salud. En este marco la Organización Mundial de la Salud –OMS, para la evaluación de los logros de los sistemas de salud establece tres objetivos intrínsecos de todo sistema: la mejoría del estado de salud de la población, la equidad financiera y la satisfacción de las expectativas de los usuarios. A este último objetivo, la OMS lo ha denominado la Capacidad de Respuesta del Sistema.

La Capacidad de Respuesta es más que un indicador de la forma en que el sistema responde a las necesidades en materia de salud, que se refleja en resultados; sino que comprende el desempeño del sistema en relación con aspectos como la atención oportuna, dignidad, comunicación, autonomía, confidencialidad de la información entre otros atributos de calidad en la atención, que establece el Sistema de Gestión de la Calidad en salud cuyo desarrollo viene impulsando el Ministerio de Salud.

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, está orientado 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 en Salud del Niño.





partir de la implementación de la cultura de calidad en nuestra Institución brindando servicios de salud segura, eficaz y con eficiencia.

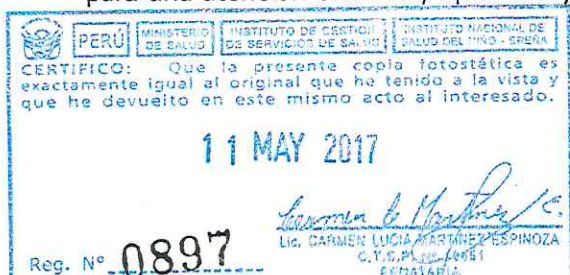
Por esta razón resulta necesario la elaboración e implementación de un Plan de Gestión de la Calidad que permita a través de un conjunto de actividades operativizar el desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad para el compromiso con la atención de salud de la población, contribuyendo a generar una cultura de calidad, que promueva un aprendizaje compartido y permanente para la mejora, incorporando en estos esfuerzos a los usuarios para la vigilancia de la calidad de los servicios, posicionando a ésta como un derecho ciudadano.

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. Algunas 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. En el Componente de Garantía y Mejora se han venido implementando una serie de procesos, entre ellos se ha dado especial énfasis en:

- ✓ Gestión de procesos para la Certificación / Acreditación del Instituto.
- ✓ Implementación de la Cultura de la Calidad y Mejora Continua.
- ✓ Gestión de las Relaciones con el Usuario Externo.
- ✓ Gestión de la Plataforma de Atención al Usuario.
- ✓ Gestión del Riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente.
- ✓ Organización para la calidad y Derechos de las Personas.
- ✓ Gestión de la Información Sanitaria e Investigación para la calidad.

Misión de la OGC

Funcionamiento adecuado de todos los procesos de salud en el Instituto de Salud del Niño, 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.

II.- FINALIDAD:

Promover una cultura de Calidad, en los servicios del Instituto Nacional de Salud del Niño, a través de las acciones para la mejora continua de sus procesos, con información relevante del nivel de satisfacción de nuestros usuarios externos.

III.- OBJETIVOS.

3.1 OBJETIVO GENERAL:

Mejorar continuamente la calidad de los servicios del sector salud, mediante el desarrollo de una cultura de calidad sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos, que tenga un impacto en los resultados de la atención del Paciente.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ✓ Fortalecer el Proceso de Evaluación Integral de la Calidad para la Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- ✓ Promover la Cultura de Calidad por la Mejora Continua de la Calidad.
- ✓ Gestionar las Relaciones con el Usuario Externo.
- ✓ Implementar, Fortalecer y Gestionar la Plataforma de Atención al Usuario.
- ✓ Gestionar el Riesgo y las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente.
- ✓ Organizar y Gestionar la Calidad y Derechos de las Personas.
- ✓ Gestión de la Información Sanitaria e Investigación para la calidad.



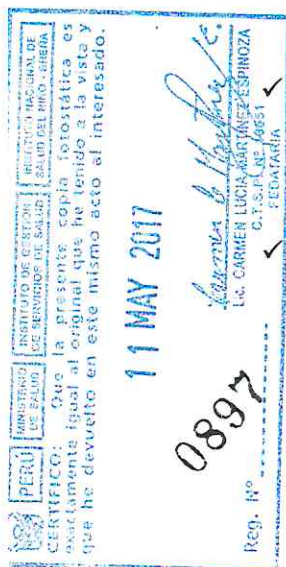
IV.- MARCO LEGAL

4.1 Leyes

- ✓ 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 Legislativo, N° 1161 Ley de Organizaciones y Funciones del Ministerio de Salud.

4.2 Resoluciones Ministeriales

- ✓ Resolución Ministerial N° 1263-2004/MINSA, Aprueba la Directiva N° 047-2004-DGSP/MINSA-V01 "Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud".
- ✓ 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° 727-2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".
- ✓ Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA que aprueba la lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.
- ✓ 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° 168-2015/MINSA que aprueba el Documento Técnico: "Lineamiento para la Vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención en salud".





PERÚ
Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de
Salud del Niño - Breña



- ✓ Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA que aprueba la Norma Técnica para la elaboración y uso de GPC del Ministerio de Salud.
- ✓ Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA que aprueba el Documento Técnico: Metodología para la elaboración de GPC.
- ✓ 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".

V.- AMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan de la Oficina de Gestión de la Calidad es de aplicación en todos los departamentos, servicios y áreas asistenciales, administrativas y de servicios del Instituto.

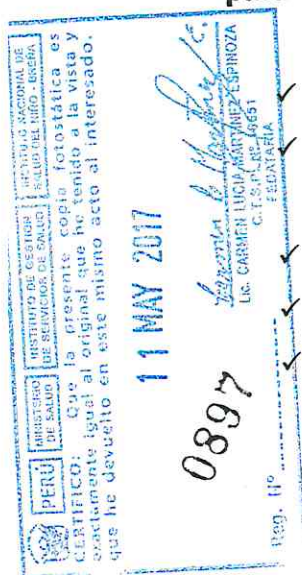
VI.- ESTRATEGIA

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:

7.1 Actividades para Fortalecer el Proceso de Evaluación Integral de la Calidad para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo

- ✓ Designación oficial de Evaluadores Internos para la autoevaluación.
- ✓ Capacitar a los Evaluadores Internos entrenados en la Norma Técnica de Salud: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
- ✓ Capacitación a las Jefaturas Administrativas y Asistenciales en Gestión de Procesos.
- ✓ Autoevaluación para la Acreditación del Instituto.
- ✓ Seguimiento del cumplimiento del Plan de Mejora post Autoevaluación.



- ✓ Promover el Rediseño de Procesos y/o Procedimientos Asistenciales / Administrativos orientados a los usuarios externos.

7.2 Actividades para promover Promover la Cultura de Calidad por la Mejora Continua de la Calidad.

- ✓ Capacitación a los equipos de Mejora en Proyectos de Mejora Continua.
- ✓ Promover la elaboración de Proyectos de Mejora orientados a mejorar procesos críticos en Etapa de Institucionalización

7.3 Actividades para Gestionar las Relaciones con el Usuario Externo.

- ✓ Capacitación al Personal en Promoción y Protección del Derecho de los Usuarios de los Servicios de Salud.
- ✓ Realizar reporte del libro de Reclamaciones.
- ✓ Capacitación al Personal administrativo y asistencial en Humanización de la Atención.
- ✓ Identificación y Reconocimiento del "Agente Humanizador de cuerpo y alma".
- ✓ Autoevaluación de los criterios normativos del Libro de Reclamaciones y Plataforma de Atención al Usuario en Salud.
- ✓ Implementación de las recomendaciones, acciones de mejora y acciones correctivas descritas en el Informe de Supervisión a la PAUS por parte de SUSALUD
- ✓ Realizar Encuesta de Satisfacción de Usuarios Externos en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia.
- ✓ Monitorear las acciones de mejora en base a los resultados de la encuesta de satisfacción del usuario externo aplicado mediante la metodología de SERVQUAL - Modificado.
- ✓ Difusión de los Derechos de las Personas Usuarias de los servicios de salud.

7.4 Actividades para Implementar, Fortalecer y Gestionar la Plataforma de Atención al Usuario.

- ✓ Gestionar la implementación y fortalecimiento de la Plataforma de atención al usuario.

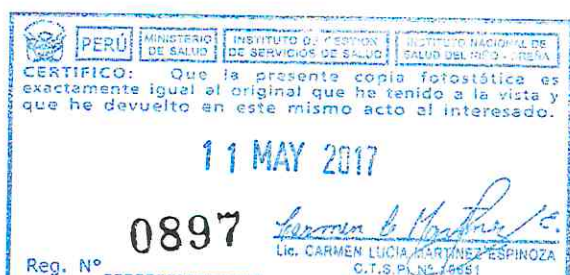


7.5 Actividades para la Gestión del Riesgo y las buenas prácticas en seguridad del Paciente.

- ✓ Capacitación a las Jefaturas de Departamento y Servicio en Seguridad del Paciente (Rondas, Notificación, y Análisis de Eventos Adversos).
- ✓ Capacitación a las Jefaturas de Departamento y Servicio en Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- ✓ Realizar listados de Guías de Práctica Clínica oficializadas con RD x servicio.
- ✓ Promover la realización de Guías de Prácticas Clínicas con sus Fichas de Verificación x servicio.
- ✓ Evaluación de la Adherencia a Guías de Práctica Clínica.
- ✓ Evaluación de la correcta aplicación de la Lista de Verificación de la seguridad de la cirugía.
- ✓ Aplicar la encuesta para la implementación de la LVSC.
- ✓ Realizar Rondas de Seguridad a los Servicios Críticos.
- ✓ Seguimiento de las Acciones de Mejora post ronda de Seguridad (Gestión del Riesgo y las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente)
- ✓ Conformación de los Comités de Auditoría de la Calidad.
- ✓ Realizar el Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- ✓ Ejecución del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud
- ✓ Promover el Reporte de Eventos Adversos y Evento Centinela.
- ✓ Seguimiento de las recomendaciones, acciones de mejora y acciones correctivas descritas en el Plan de Mitigación de Riesgos de SUSALUD.

7.6 Actividades para fortalecer el Sistema de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas.

- ✓ Designar formalmente al Responsable de las Oficina / Equipos de Gestión de la Calidad.
- ✓ Difundir las Normas de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas.



7.7 Actividades para Gestión de la Información Sanitaria e Investigación para la calidad.

- ✓ Incentivar la utilización de herramientas estadísticas de calidad, en los informes elaborados por la Oficina de Gestión de Calidad.
- ✓ Capacitación al Personal de Salud integrante del Equipo de Prevención y control Integral de IAAS/IIH en la prevención y control Integral de las IAAS para la Calidad de Atención.
- ✓ Monitorear la operatividad del Comité de Prevención y Control de IAAS.
- ✓ Socialización e implementación del Uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia.
- ✓ Fortalecimiento de la práctica de higiene de manos en el Instituto.
- ✓ Fortalecer competencias en los procesos de uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales.
- ✓ Elaboración y desarrollo de Investigación en calidad en salud orientados a mejorar la calidad de la atención.

VIII.- RESPONSABILIDADES:

8.1 DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD:

La Oficina de Gestión de Calidad es la responsable de las coordinaciones con las Departamentos, Servicios y Oficinas para el seguimiento, monitoreo y ejecución del presente Plan.

8.2 DE LA DIRECCION GENERAL:

Promover y Apoyar las actividades del presente Plan.





IX.- EVALUACION:

Los avances respecto a la implementación del Plan Anual de Gestión de la Calidad 2017 se medirán a través de los indicadores descritos en la Matriz de Criterios de Programación 2017.

X.- CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN:

Matriz Adjunta.





OBJETIVOS ESTRATEGICOS	INDICADOR TRAZADOR	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACION	META DE CUMPLIMIENTO		PERIODICIDAD DE REPORTE	RESPONSABLE	PROGRAMACION 2017											
								EN	FE	MA	AB	MA	JU	JU	AG	SE	OC	NO	DI
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	IND 1: Personal de Salud designados oficialmente como Evaluadores Internos para la autoevaluación.	Estado de Evaluadores Internos designados con Resolución Directoral.	Documento de aprobación del Listado Oficial de Evaluadores Internos de la IPRESS, según normatividad vigente.	Un (01) Documento	R.D. conteniendo Listado de Evaluadores Internos actualizado.	ANUAL	Dirección			x									
1.2 Fortalecer competencias en Gestión por Procesos	IND 2: 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 sobre las capacitaciones realizadas a los equipos de evaluadores internos Listado de Evaluadores Internos designados con Resolución Directoral.	Un (01) Informe de capacitación	100% de Evaluadores Internos capacitados	ANUAL	OGC/Oficina de Personal			x									
1.3 Desarrollar el Proceso de Acreditación / Certificación Institucional	IND 3: Jefaturas Administrativas y Asistenciales entrenados en Gestión por Procesos	Actividades de capacitación dirigidas a Jefaturas Administrativas y Asistenciales referidas a la Gestión por Procesos.	Informe sobre las capacitaciones referidas a la Gestión por Procesos. Listado de Jefaturas Administrativas y Asistenciales de la IPRESS.	Un (01) Informe de capacitación	2 80% de Jefaturas Administrativas y Asistenciales entrenados en Gestión por Procesos.	ANUAL	Oficina de Personal										x		
1.4 Contar con Procesos normalizados y eficientes que respondan a las necesidades del usuario externo acorde a la Política Nacional de la Modernización de la Gestión Pública	IND 4: Acreditación para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo vigente	Cumplimiento del Proceso de Acreditación según la Norma Técnica de Salud: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.	Informe de Ejecución del Plan de Acreditación	Un (01) Informe de Acreditación	≥ 85% en el resultado de la autoevaluación o Incremento ≥ al 5% en el resultado de la autoevaluación, respecto a la última realizada. Redes de Salud: Incremento ≥ al 5% en promedio de la última autoevaluación realizada.	ANUAL	Dirección / Calidad / Jefaturas de Departamento - Oficinas Administrativas						x						
1.5 Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad (Proyectos de MCC)	IND 5: Cumplimiento del Plan de Mejora post Autoevaluación	Implementación de las mejoras en base a la Autoevaluación realizada.	Informe de Seguimiento al Plan de Mejora a partir de la Autoevaluación	Un (01) Informe de Seguimiento	≥ 50% de implementación del Plan de Mejora elaborado a partir de la última Autoevaluación.	ANUAL	Dirección / OGC / Jefaturas de Departamento - Oficinas Administrativas												
2.1 Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad (Proyectos de MCC)	IND 6: Rediseño de Procesos y/o Equipos de Mejora entrenados en Proyectos de Mejora Continua de la Calidad	Propuesta de Rediseño de Procesos y/o Equipos de Mejora que contengan la Propuesta de Rediseño de Procesos o Equipos de Mejora referidos a los usuarios externos, acordados a la Política Nacional de la Modernización de la Gestión Pública	Documentos que contengan la Propuesta de Rediseño de Procesos o Equipos de Mejora referidos a los usuarios externos.	Un (01) Informe Técnico	Propuesta de Rediseño de Un (01)Proceso o Procedimientos orientados a los usuarios externos, aprobados e incorporados en el MAPRO Institucional o similar	ANUAL	Planificación / Jefaturas de Departamento - Oficinas Administrativas						x						
2.2 Promover una Cultura por la Mejora Continua de la Calidad	IND 7: Personal de Salud que conforman los Equipos de Mejora entrenados en Proyectos de Mejora Continua de la Calidad	Personal de Salud que conforman los Equipos de Mejora designados que reciben capacitación en "Fortalecimiento de conocimientos, actitudes y prácticas referidas 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	≥ 90% de Personal de Salud que conforman los Equipos de Mejora entrenados en Proyectos de Mejora Continua de la Calidad.	ANUAL	OGC/Oficina Personal / PGP												
2.3 Optimizar y Mejorar Procesos Críticos (Desarrollo de Proyectos de MCC)	IND 8: Elaboración de Proyectos de Mejora Continua	Proyectos de Mejora continua elaborados que cumplen las etapas y procesos según la normatividad vigente. Clasificación de Proyectos de Mejora según su Etapa de Desarrollo.	Informe de avances de los proyectos de Mejora continua de la Calidad	Dos (01) Informes	≥ 01 Proyecto de Mejora continua en Etapa de Seguimiento	ANUAL	Jefaturas de Departamento y Servicio / Jefaturas Administrativas / OGC												
3.1 Fortalecer competencias en Promoción y Protección del Derecho de los Usuarios de los Servicios de Salud	IND 9: Proyectos de Mejora orientados a mejorar procesos críticos en Etapa de Institucionalización	Procesos Críticos: • Tiempo de Espera en Consulta Externa • Recargas más frecuentes • Riesgos en la Atención en salud • Observaciones identificadas por SUSALUD • Implementación de la Lista de Verificación de Seguridad en la Cregla • Observaciones en la Autoevaluación para la acreditación.	Informe sobre Proyecto de Mejora de Proceso Crítico Institucionalizado	Un (01) Informe sobre proyecto institucionalizado	≥ 01 Proyecto de Mejora continua orientados a mejorar un Proceso Crítico, en Etapa de Estandarización e Institucionalización durante el 2017	ANUAL	Dirección / Jefaturas de Departamento - Oficinas Administrativas / OGC												
3.2 Fortalecer competencias en Promoción y Protección del Derecho de los Usuarios de los Servicios de Salud	IND 10: Personal del OODD Entrenados en Promoción y Protección del Derecho de los Usuarios de los Servicios de Salud	Personal de los OODD. De la Plataforma de Atención al Usuario en Salud	Informe sobre las capacitaciones referidas a Promoción y Protección del Derecho de los Usuarios de los Servicios de Salud	Dos (02) Informes de capacitación	100% de Personal de los OODD de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud capacitados	SEMESTRAL	OGC/PAU-OF Personal- PGP												

PERU MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - PERU

CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

11 MAY 2017

Reg. N° 0897

LIC. CARMEN LUCIA MARTINEZ ESPINOZA C.T.S.P.N. 0651

INstituto Nacional de Salud del Niño

12

FOLIO

Off

Nº DE TRABAJO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	INDICADOR TRAZADOR	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN	META DE CUMPLIMIENTO		META DE IMPACTO	PERIODICIDAD DE REPORTE	RESPONSABLE	PROGRAMACIÓN 2017																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
					INSTITUTOS	EN				FE	MA	AB	MA	JU	JU	AG	SE	OC	NO	DI																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
3.2 Fortalecer competencias en Humanización de la Atención en Salud	IND 11: Personal administrativo y asistencial de la Unidad Ejecutora entrenados en Humanización de la Atención.	Personal administrativo y asistencial de la Unidad Ejecutora entrenados en Humanización de la Atención.	Informe sobre capacitación en Humanización de la Atención. Personal Administrativo y Asistencial de la Unidad Ejecutora perfeccionado.	Uno (01) Informes de capacitación	≥ 90% de Personal administrativo y asistencial perfeccionados en Humanización de la Atención	ANUAL	OGC/PAUS/OC/Personal PGP																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															</



EJE DE TRABAJO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	INDICADOR TRAZADOR	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACION	META DE CUMPLIMIENTO		PERIODICIDAD DE REPORTE	RESPONSABLE	PROGRAMACIÓN 2017																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
					INSTITUTOS				EN	FE	MA	AB	MA	JU	JU	AG	SE	OC	NO	DI																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
EJE 4: PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO	4.1. Fortalecer e implementar la Plataforma de Atención al Usuario	IND 20: Acciones de organización y los Servicios que brinda, con enfoque centrado en el usuario, en la pre-entrega, entrega y post entrega de la atención o servicio al usuario.	La Plataforma es un Sistema de Gestión de los Servicios que brinda, con enfoque centrado en el usuario, en la pre-entrega, entrega y post entrega de la atención o servicio al usuario.	Informe de supervisión (formato de Evaluación) sobre la implementación del PDU	Un (01) Informe de Implementación		ANUAL	DIRECCION/OGC/ PAUS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													</

PERU MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD

CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

Reg. N° 0897

11 MAY 2017

Dr. CARMEN LUCIA GARCIA DE ESPINOZA

SECRETARIA

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

14 FOLIO

la Calidad

Ofc



OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS
MATRIZ DE CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN - 2017 - ORGANOS DESCENTRALIZADOS
) La Oficina / Unidad / Área / Coordinación de Gestión de la Calidad es responsable de monitorear el cumplimiento de los Criterios de Programación y brindar asistencia técnica de corresponder.

JE DE TRABAJO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	INDICADOR TRAZADOR	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN	META DE CUMPLIMIENTO		META DE IMPACTO	PERIODICIDAD DE REPORTE	RESPONSABLE	PROGRAMACIÓN 2017														
					INSTITUTOS	EN				FE	MA	AB	MA	JU	JU	AG	SE	OC	NO	DI				
EJE 6: ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS	5.6 Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela	IND 32: Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	en relación a guías de práctica clínica y protocolos de atención, así como el seguimiento a la implementación de recomendaciones.	Plan Anual de Auditoría de la Ciudad de Atención en Salud	Un (01) Plan Anual de Auditoría de la Ciudad de Atención en Salud	Un (01) Plan Anual de Auditoría de la Ciudad de Atención en Salud	Plan Anual de Auditoría de la Ciudad de Atención en Salud según modelo preestablecido	ANUAL	Comités de Auditoría / OGC	x														
		IND 33: Ejecución del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	Informes Trimestral de Auditoría de la Ciudad de Atención en Salud que contenga avances del Plan anual de auditoría de la Ciudad.	Informes Trimestral de Auditoría de la Ciudad de Atención en Salud que contenga avances del Plan anual de auditoría de la Ciudad.	Cuatro (04) Informes de Ejecución del Plan Anual de Auditoría de la Ciudad de Atención en Salud	Cuatro (04) Informes de Ejecución del Plan Anual de Auditoría de la Ciudad de Atención en Salud	Comités de Auditoría / Jefaturas de Departamento y Servicios / OGC	TRIMESTRAL	Comités de Auditoría / Jefaturas de Departamento y Servicios / OGC			x						x						x
		IND 34: UPSS / Servicios / Micronegocios de Salud que Reportan Eventos Adversos	Se refiere a la aplicación de la Directiva de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas, UPSS o Servicios / Micronegocios de Salud que Reportan Eventos Adversos en la IPRESS	Fichas de Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas, UPSS o Servicios / Micronegocios de Salud que Reportan Eventos Adversos en la IPRESS	Cuatro (4) Reportes de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas	Cuatro (4) Reportes de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas	Jefaturas de Departamento y Servicio / Epidemiología / OGC	TRIMESTRAL	Jefaturas de Departamento y Servicio / Epidemiología / OGC			x						x						x
	5.6 Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela	IND 35: Eventos Centinelas Analizados	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	Consolidado de Eventos Centinela, Sistema de Notificación de Eventos Centinela	Cuatro (4) Reportes de Incidentes, Eventos Centinelas Analizados	Cuatro (4) Reportes de Incidentes, Eventos Centinelas Analizados	Comité de Análisis de Eventos Centinelas / OGC	TRIMESTRAL	Comité de Análisis de Eventos Centinelas / OGC			x						x						x
	5.7 Contribuir a la Reducción de Riesgos de los Eventos Centinela	IND 36: Implementación de las acciones de mejora y acciones correctivas en el Plan de Mitigación de Riesgos de SUSALUD	Implementación oportuna de acciones de mejora y acciones correctivas en el Plan de Mitigación de Riesgos de SUSALUD	Informe de seguimiento sobre el estado de implementación de las acciones de mejora y acciones correctivas en el Plan de Mitigación de Riesgos de SUSALUD	Cuatro (02) Informes de seguimiento	Cuatro (02) Informes de seguimiento	Dirección / Jefaturas de Departamento y Servicio / OGC	SEMESTRAL	Dirección / Jefaturas de Departamento y Servicio / OGC						x									
EJE 6: ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS	6.1 Fortalecer la Organización de la Calidad en las OOD	IND 37: Ejecución del Plan Anual de Gestión de Calidad y Derechos de las Personas	Designación oficial del responsable de la Calidad en Salud a nivel de las OOD	Informe del cumplimiento del Plan 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	Cuatro (04) Informes sobre la Ejecución del Plan Anual de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas	Dirección / OGC	TRIMESTRAL	Dirección / OGC			x												
	IND 38: Responsables de las Oficinas / Equipos de Gestión de la Calidad designados / encargados formalmente	IND 39: Difusión de normatividad en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas - IGSS en el marco de la Reforma en Salud	Designación oficial del responsable de la Calidad en Salud a nivel de las OOD	Informe de difusión y socialización de documentos técnicos, Listado de Jefaturas, Administrativas y Asistenciales de la IPRESS.	Una (01) Resolución Directoral que designa al responsable de Gestión de la Calidad en Salud a nivel de las OOD	Una (01) Resolución Directoral que designa al responsable de Gestión de la Calidad en Salud a nivel de las OOD	Dirección	ANUAL	Dirección	x														
	6.2 Alinear los procesos de gestión de la calidad y derechos de las personas a los lineamientos Sectoriales	IND 40: Difusión de normatividad en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas - IGSS en el marco de la Reforma en Salud	Actividades de difusión y socialización de documentos técnicos, Listado de Jefaturas, Administrativas y Asistenciales de la IPRESS.	Informe de difusión y socialización de documentos técnicos, Listado de Jefaturas, Administrativas y Asistenciales de la IPRESS.	Doce (02) Informes de Difusión de la Calidad y Derechos de las Personas	Doce (02) Informes de Difusión de la Calidad y Derechos de las Personas	Dirección / OGC / PAUS	SEMESTRAL	Dirección / OGC / PAUS	x														
	7.1 Fortalecer el Sistema de Información General en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas	IND 41: Utilización de herramientas estadísticas de calidad, en los informes elaborados por la Oficina de Gestión de la Calidad	Herramientas estadísticas de calidad: Histogramas, Gráfico lineal, Gráfico circular, Diagrama de Pareto, Gráficos de control	Informe emitido por los OOD con los resultados de aplicación de la herramienta estadística de calidad.	Un (01) Análisis Situacional de Salud del Establecimiento	Un (01) Análisis Situacional de Salud del Establecimiento	Dirección Epidemiología	ANUAL	Dirección Epidemiología															

CERTIFICADO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

11 MAY 2017

Reg. N° 0897

Lic. CARMEN LUCIA MARTINEZ ESPINOZA

FEDEATARIA

Instituto Nacional de Salud del Niño

15

FOLIO

Ofic. de Gestión de Calidad

EJE DE TRABAJO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	INDICADOR TRAZADOR	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN	META DE CUMPLIMIENTO		META DE IMPACTO	PERIODICIDAD DE REPORTE	RESPONSABLE	PROGRAMACIÓN 2017																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
					INSTITUTOS					EN	FE	MA	AB	MA	JU	JU	AG	SE	OC	NO	DI																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
EJE 7 : GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN SANITARIA E INVESTIGACIÓN PARA LA CALIDAD.		IND 41: Personal de Salud integrante del Equipo de Prevención y control integral de IAAS/IIH, capacitados en la prevención y control integral de las IAAS para la Calidad de Atención	Fortalecer competencias en los Procesos de Prevención y Control de las IAAS/IIH, mediante actividades de capacitación y control interno, y las normas técnicas de Salud. Prevención y control integral de IAAS/IIH	Informe sobre las capacitaciones realizadas a los equipos de prevención y control internos. Estado del Personal del Equipo de Prevención y control integral de IAAS/IIH	Un (01) Informe de capacitación	2. 90% de Personal de Salud integrante del Equipo de Prevención y control integral de IAAS/IIH capacitados	ANUAL	Epidemiología/OT Personal										X																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								

PERÚ MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - UNIMA

CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

11 MAY 2017

Reg. N° 0897

LIC. CARMEN LUCIA MARTINEZ ESPINOZA C.T.S. N° 10007

ECOTANIA

INstituto Nacional de Salud del Niño

16

FOLIO

Ofic. de Gestión de la Calidad

