



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional  
de Salud del Niño  
San Borja



# **PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD DEL INSN SB 2020**

## **UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

**LIMA - PERÚ**



Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional  
de Salud del Niño  
San Borja



## PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL INSN SB- 2020

# INDICE

## Contenido

I.	INTRODUCCIÓN .....	3
II.	FINALIDAD .....	3
III.	OBJETIVOS .....	3
III.1	OBJETIVO GENERAL: .....	3
III.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	4
IV.	AMBITO DE APLICACION .....	4
V.	BASE LEGAL: .....	4
VI.	LINEAMIENTOS DE POLITICA .....	5
VII.	CONTENIDO .....	6
7.1.	ASPECTOS TECNICOS CONCEPTUALES (DEFINICIONES OPERATIVAS ) .....	6
7.2.	ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO ADMINISTRATIVO .....	6
7.3.	ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA AL PEI DEL MINISTERIO DE SALUD.....	9
7.4.	ACTIVIDADES .....	9
7.5.	PRESUPUESTO:.....	12
7.6.	IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN .....	12
7.7.	SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN. ....	12
	ANEXOS.....	13
	ANEXO 1 INDICADORES: RESULTADO DE LA REUNIÓN NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2019 Y PROGRAMACIÓN 2020 REMITIDA POR LA UFGC - MINSA.....	13
	ANEXO 2: PROGRAMACIÓN 2020: RESULTADO DE LA REUNIÓN NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2019 Y PROGRAMACIÓN 2020 REMITIDA POR LA UFGC - MINSA.....	14
	ANEXO 3 : CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO SAN BORJA 2020 .....	16

## **I. INTRODUCCIÓN**

El Instituto Nacional de Salud del Niño -San Borja (INSN - SB), es una institución de tercer nivel atención con categoría III – 2, recategorizado mediante Resolución Administrativa N° 383-2019-DMGS-DIRIS-LC, es un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud (MINSA), que brinda atención altamente especializada en cirugía neonatal compleja, cardiología y cirugía cardiovascular, neurocirugía, atención integral al paciente quemado y trasplante de médula ósea y trasplante de órganos sólidos. Asimismo, desarrolla investigación y docencia, estableciendo el marco normativo de la atención sanitaria compleja a nivel nacional.

El Sistema de Gestión de la calidad está definido como el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a las entidades de salud del sector, enmarcado en los alcances de los documentos técnicos “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud” y “Política Nacional de Calidad en Salud.

En consecuencia la Unidad de Gestión de la Calidad (UGC), presenta el Plan de Gestión de la Calidad en Salud del INSN SB, que permitirá implementar el sistema de gestión de la calidad en salud y los procesos de garantía y mejora de la calidad, a través de la ejecución de actividades que contribuyan a mejorar la calidad de atención que se brinda, lo cual garantiza un adecuado nivel de satisfacción y seguridad de nuestros usuarios externos e internos en relación a los servicios otorgados por el INSN SB y el valor público esperado de la gestión institucional.

## **II. FINALIDAD**

Establecer acciones para implementar el sistema de gestión de la calidad del INSN SB, alineadas a los componentes y actividades establecidas por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad del Ministerio de Salud

## **III. OBJETIVOS**

### **III.1 Objetivo General:**

Mejorar la calidad de la atención de la salud para la satisfacción del usuario a fin de fortalecer el sistema de gestión de la calidad en el INSN SB

### **III.2 Objetivos específicos**

- Formular e implementar el Plan de Gestión de la Calidad en Salud del INSN SB.
- Mejorar la calidad de la atención de salud de manera sistemática y permanente.
- Reducir la ocurrencia de eventos adversos durante el proceso de atención de salud y atenuar sus efectos.
- Incentivar la gestión del conocimiento fomentando el aprendizaje e innovación.
- Empoderar a las personas mediante estrategias de Información Educación y Comunicación (IEC) para mejorar la comprensión y participación en el Sistema de Gestión en Salud.

### **IV. AMBITO DE APLICACION**

El presente plan es de cumplimiento obligatorio por las unidades asistenciales y administrativas del INSN SB.

### **V. BASE LEGAL:**

- Ley N° 26842 - Ley General de Salud.
- Ley No 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- Ley N° 27927, que modifica la Ley N°. 27806 Ley de transparencia y acceso a la información Pública.
- Ley No 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 072-2003-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Decreto Supremo N° 033-2005-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- Decreto Supremo N°008-2010, que aprueba el Reglamento de la Ley N°29344
- R.M N° 502 – 2016 – MINSA: Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de Atención de la en Salud –N° 029 – MINSA /DIGEPRES–V.02.
- RM N° 597-2006-SA/DM, Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.
- RM N° 519-2006-SA/DM, Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- RM N° 142/2007 – MINSA: Estándares e indicadores de calidad en la atención Materna y Perinatal en los establecimientos que cumplen con funciones obstétricas neonatales.
- RM N° 456- 2007 – MINSA: Norma Técnica de Salud para la acreditación de establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo.
- RM N° 163-2020 -MINSA : Directiva sanitaria N° 92- MINSA/2020/DGAIN: “Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención en Salud”

## VI. LINEAMIENTOS DE POLITICA

El Plan de Gestión de la Calidad en Salud del INSN SB tiene como marco las políticas y directivas de nuestro órgano rector, MINSA, la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud; y la Política Nacional de Calidad en Salud:

Finalidad de la Política Nacional de Calidad en salud: *Contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud.*

*Sexta política:*

*“Las organizaciones proveedoras de atención de salud, establecen y dirigen las estrategias de implementación de la política nacional de calidad, mediante sistemas y procesos organizacionales orientados al desarrollo de una cultura centrada en las personas y que hace de la mejora continua su tarea central”; cuyo objetivo es: Garantizar la adecuada implementación de las políticas nacionales de calidad, teniendo como estrategia la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad de la Atención en Salud”.*

*Séptima política:*

*“Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración cumplan las normas y estándares de infraestructura, de equipamiento, de aprovisionamiento de insumos, de procesos y resultados de la atención; aprobados por la Autoridad Sanitaria e implementen acciones de mejora de la calidad de la atención”, el objetivo de esta política es: Mejorar la calidad de la atención de salud de manera sistemática y permanente, teniendo como estrategias Acreditación de establecimientos y servicios médicos de apoyo. Implementación de planes, programas y procesos de mejora de la calidad de la atención en los establecimientos de salud y servicios médico de apoyo”.*

*Octava política:*

*“Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, implementen mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud”, cuyo objetivo es: “Reducir la ocurrencia de eventos adversos durante el proceso de atención de salud y atenuar sus efectos, teniendo como estrategias implementación de mecanismos de información sobre la ocurrencia de incidentes y eventos adversos. Implementación de planes de seguridad para gestión de la reducción y mitigación de los riesgos derivados de la atención”.*

Principio Orientador

*Trato humanizado a nuestros usuarios externos e internos.*

Directrices de Calidad

*Fortalecimiento de la cultura de la calidad, seguridad del paciente, coordinación y transparencia.*

Instrumentos dinámicos impulsores de la mejora de la Calidad

El modelo conceptual del Plan tiene un enfoque sistémico orientado a la seguridad de las personas, apoyados en modelos de gestión dirigidos en busca de la excelencia dando valor a nuestros usuarios externos e internos.

- Liderazgo y trabajo en equipo: Conjunto de capacidades que permiten construir confianza en el equipo de trabajo en busca de resultados y mejor gestión.

- Gestión por procesos - cadena de valor: Capacidad de desarrollar procesos que agreguen valor.
- Aprender para innovar: Capacidad de realizar transformaciones significativas haciendo uso de herramientas, procesos que generen ciclos de cambios en el tiempo.
- Articulación: Capacidad de coordinación y relacionamiento con agentes claves y principales del sistema, en busca de logros y resultados de los objetivos.
- Gestión del talento humano: Capacidad de convocatoria y fortalecimiento de las buenas prácticas, orientadas al cambio y desarrollo integral.

## **VII. CONTENIDO**

### **7.1. ASPECTOS TECNICOS CONCEPTUALES (DEFINICIONES OPERATIVAS )**

#### **Sistema de Gestión de la calidad**

Es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a las entidades de salud en lo relativo a la calidad y a la atención del riesgo

#### **Principios del sistema de gestión de la calidad**

- Enfoque al usuario
- Liderazgo
- Participación del personal
- Enfoque basado en procesos
- Enfoque sistémico para la gestión
- Mejora continua de la calidad

#### **Planificación para la calidad**

Permite definir las políticas generales y objetivos de calidad a partir de las cuales se articularán los esfuerzos posteriores de compromiso y participación en el proceso de desarrollo e implementación del sistema de gestión de la calidad en salud.

#### **Garantía y Mejora**

Conjunto de acciones que se llevan a cabo para regular y consolidar el desempeño, en forma continua y cíclica, de tal manera que la atención prestada sea lo más efectiva, eficaz y segura posible, orientada siempre a la satisfacción del usuario y en el marco de las normas del Sistema, implica asegurar que se genere, mantenga y mejore la calidad en los servicios de salud.

### **7.2. Análisis de la situación actual del aspecto administrativo**

#### **Función Principal**

La Unidad de Gestión de la Calidad del INSN SB es la Unidad de asesoramiento a la Dirección General y responsable de la implementación de los principios, normas, metodologías y procesos del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud aprobada por el ente rector, a fin de impulsar la mejora continua de los servicios de salud.

#### **Estructura funcional:**

## PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL INSN SB- 2020

El Jefe de Oficina es la autoridad máxima de la UGC. La UGC no tiene estructura funcional, sin embargo, cuenta con responsables de acuerdo a sus funciones:

- Responsable de la Plataforma de Atención al Usuario
- Responsable del Libro de reclamaciones.
- Coordinadora de Auditoria

**Diagnostico:****Infraestructura:**

La Unidad de Gestión de la Calidad se encuentra ubicada en el segundo piso del pabellón administrativo, contando en su distribución orgánica y funcional con lo siguiente:

Ambiente modular de 13,34 m2.

**Recurso Humano:**

Cargo	Cantidad	Modalidad
Jefe/a de oficina	1	CAS
Médico especialista en gestión de la salud	1	Locador De Servicios
Especialista en proyectos	1	Locador De Servicios
Servicio de apoyo, orientación e información al publico	4	Locador De Servicios
Médico especialista	1	Nombrado
Médico especialista en gestión de la salud II	1	CAS
Especialista en gestión en salud I	1	Locador De Servicios
Técnico/asistente administrativo I	1	CAS
Especialista legal	1	Locador De Servicios

## PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL INSN SB- 2020

**Análisis FODA relacionada a la Gestión de la calidad**

<b>FORTALEZAS</b>	<b>DEBILIDADES</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- El INSN SB cuenta con políticas de humanización y buen trato al paciente</li><li>- Ser el Primer Institución en lograr la Acreditación</li><li>- Personal comprometido e identificado con el logro de los objetivos institucionales.</li><li>- Implementación de Buenas Prácticas.</li><li>- Reconocimientos a nivel nacional de nuestra buenas practicas</li><li>- Personal profesional calificado y con experiencia en la atención al usuario y mejora continua.</li><li>- Comunicación y trabajo en equipo.</li><li>- Capacidad del personal para resolver problemas, quejas y reclamos.</li><li>- Posicionamiento institucional en el sector salud.</li><li>- Realización de concursos institucionales de buenas prácticas.</li><li>- Procedimientos aprobados sobre eventos adversos, auditorias, gestión de reclamos, seguridad del paciente.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Infraestructura con espacios limitados para funcionamiento.</li><li>- Insuficientes herramientas informáticas para la gestión.</li><li>- Desconocimiento de las demás unidades del INSN SB sobre las funciones de la Plataforma de Atención al usuario</li></ul>
<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Potencial posicionamiento para la atención medica quirúrgica de alta complejidad.</li><li>- Alianzas estratégicas con organizaciones nacionales e internacionales para el desarrollo asistencial, tecnológico, investigación y docencia.</li><li>- Desarrollo de la Asociación Pública Privada.</li><li>- Políticas gubernamentales de mejora continua, gestión por procesos y modernización con orientación al ciudadano.</li><li>- Asistencia técnica de SUSALUD en cuanto a la gestión de reclamos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Cambios de Políticas en Salud.</li><li>- Demora en la elaboración y diseño de procesos en algunas unidades y servicios y de otros documentos de gestión.</li><li>- No se encuentra estructurada la unidad orgánica de gestión de la calidad en el MINSA.</li><li>- Demora de la SGP en la respuesta a descargos de reclamos</li><li>- No se encuentran definidos por la autoridad competente los deberes de los pacientes.</li></ul>

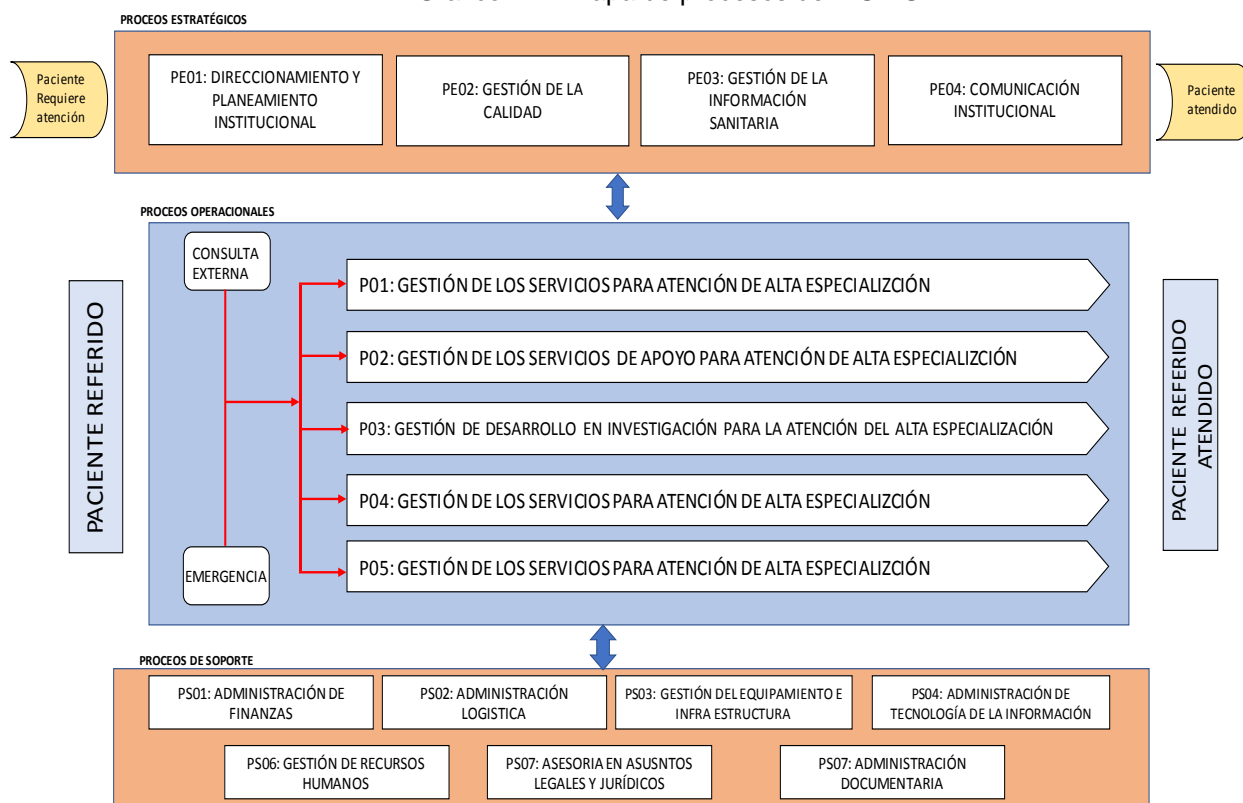


## PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL INSN SB- 2020

### Gestión por procesos:

Nuestra institución cuenta con un manual de procesos que incluye como proceso estratégico el proceso de Gestión de la Calidad

Grafico N° 1 Mapa de procesos de INSN SB



### 7.3. Articulación Estratégica al PEI del Ministerio de Salud

**Visión:** Convertirnos en el 2021, en uno de los mejores centros de referencia de la región de América Latina para el tratamiento de patologías quirúrgicas complejas, trasplantes de órganos, tejidos y células.

**Misión:** Brindar atención altamente especializada en cirugía neonatal compleja, cardiología y cirugía cardiovascular, neurocirugía, atención integral al paciente quemado y trasplante de médula ósea.

Simultáneamente se realizará investigación y docencia, estableciendo el marco normativo de la atención sanitaria a nivel nacional.

### 7.4. Actividades

Los objetivos se encuentran alineados a 3 componentes establecidos por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad del MINSA: Planificación, Garantía y Mejora y Satisfacción del usuario, además se encuentran alineados a estrategias, actividades y metas.

### ACTIVIDADES 2020

COMPONENTE	OBJETIVO ESPECIFICO	ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	METAS
<b>Planificación</b>	Formular e implementar el Plan de Gestión de la Calidad en Salud del INSN SB.	Coordinación y articulación con las unidades del INNSNSB y la alta dirección	Elaboración de Plan de Gestión de la Calidad 2020	01 Plan aprobado
<b>GARANTIA Y MEJORA</b>	Mejorar la calidad de la atención de salud de manera sistemática y permanente.	Implementación de mejoras continuas sobre la Acreditación del INSN SB, y procesos de mejora de la calidad de la atención en los servicios del INSN SB.	Elaboración de Plan de Seguimiento de la Acreditación	A1: 01Plan aprobado
			Implementación del Plan de Seguimiento de la Acreditación del INSN SB	A2:03 informes de seguimiento
			Fomentar la Implementación de la cultura de la calidad y mejora continua	A3: 01 Informe de revisión de proyecto de mejora
	Reducir la ocurrencia de eventos adversos durante el proceso de atención de salud y atenuar sus efectos.	Implementación de mecanismos de información sobre la ocurrencia de incidentes y eventos adversos. Implementación de planes de seguridad para gestión de la reducción y mitigación de los riesgos derivados de la atención.	A1: Elaboración de Plan Anual de Seguridad del Paciente 2020	A1: 01 Plan Anual de Seguridad del paciente aprobado
			A2: Gestión del riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente - Aplicación de Rondas de Seguridad (ver anexo 3 : Cronograma Anual de Rondas de Seguridad del Paciente)	A2: Informes
			A3: Identificación, registro, notificación, procesamiento y análisis de eventos adversos	A3: 03 informes
			A4: Monitoreo de adherencia de Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC)	A4: 04 informes
			A5: Monitoreo de las recomendaciones realizadas en las Rondas de Seguridad realizadas	A5: 05informes
			A6: Elaboración de Plan Anual de Auditoría de la Calidad 2020	A6: 01 Plan Anual de Auditoría aprobado
			A7: Evaluación del Plan Anual de Auditoría de la Calidad 2020	A7: 02 informes
			A8: Evaluación del Plan Anual de Seguridad del Paciente 2019 y 2020.	A8: 02 informes



Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional  
de Salud del Niño  
San Borja



## PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL INSN SB- 2020

COMPONENTE	OBJETIVO ESPECIFICO	ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	METAS
	Incentivar la gestión del conocimiento fomentando el aprendizaje e innovación.	Monitoreo e implementación del Plan de Gestión de la calidad en Salud del INSN SB.	A1: Reuniones de coordinación con las diferentes Unidades	02 informes
<b>SATISFACCION DEL USUARIO</b>	Empoderar a las personas mediante estrategias de Información Educación y Comunicación (IEC) para mejorar la comprensión y participación en el Sistema de Gestión en Salud.	Disponer de metodologías e instrumentos que permitan identificar las necesidades y expectativas de los usuarios del Sistema.	A1 Formulación del programa de capacitación en herramientas y normas de calidad de la UGC 2020	A1: 02 Informes
			A2 Seguimiento del programa de capacitación en herramientas y normas de calidad de la UGC 2019 y 2020	A2: 02informes
			A3: Reunión de coordinación con el personal de PAUS	A3: 03 reuniones registradas en actas
			A4: Gestión del libro de reclamaciones y de felicitaciones	A4: 2 informes por c/u
			A5: Registro de quejas y sugerencias	A5: 13 Reportes
			A6: Sensibilización en Derechos de los usuarios	A6: 02 informes

**7.5. Presupuesto:**

El Plan de Calidad en Salud del INSN SB, no requiere presupuesto adicional, sus actividades están presupuestadas en el Plan Operativo Anual de la Unidad de Gestión de la Calidad.

**7.6. Implementación del Plan**

Los responsables de implementar son todas las unidades y sub unidades asistenciales y administrativas del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja.

**7.7. Supervisión y evaluación del Plan.**

La Unidad de Gestión de la Calidad (UGC) es responsable del seguimiento, evaluación del plan y reportar su cumplimiento a la Dirección General.

## ANEXOS

**ANEXO 1 INDICADORES:** Resultado de la reunión nacional de evaluación de la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud 2019 y programación 2020 remitida por la UFGC - MINSA

Componente	Item	CRITERIOS y/o ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	NORMATIVA	INDICADORES INSN SB	Política de la Calidad en Salud
Planificación	1	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional	Plan aprobado	RM 519-2006/MINSA	Plan de Gestión de la calidad Anual aprobado con RD	Sexta Política
Garantía y Mejora	2	Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en centros quirúrgicos del Instituto Nacional.	Informe	RM N°1021-2010/MINSA	Número de recomendaciones efectuadas / Número de recomendaciones alcanzadas *100	Octava Política
	3	Implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de incidentes y/o Eventos Adversos en Salud en el Instituto Nacional	Informe	RM N° 727-2009/MINSA	Número total de eventos adversos analizados/ Número total de eventos adversos reportados * 100	Octava Política
	4	Implementación de la Auditoría de la Calidad de Atención en el Instituto Nacional	Informe	RM N° 502-2016/MINSA	Número de recomendaciones de informes de auditoría de calidad con respuesta (acciones de mejora) / Número de recomendaciones realizadas de acuerdo a informe *100	Octava Política
	5	Implementación 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.	Informe	RM N° 095-2012/MINSA	Número de proyectos aprobados/ Número de proyectos formulados * 100	Septima Política
	6	Implementación del proceso de higiene de manos en el Instituto Nacional	Informe	RM N° 255-2016/MINSA.	N° de usuario que aplica la técnica correcta en cada momento de lavado de manos x 100/ total de usuarios observados.	Octava Política
	7	Implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente en el Instituto Nacional	Informe	Directiva Sanitaria 003-IGSS/V.01	Número de Rondas de Seguridad realizadas/ Numero de Rondas de Seguridad programadas * 100	Octava Política
	8	Implementación de la Autoevaluación del Proceso de Acreditación del Instituto Nacional	Informe	RM N° 456-2007/MINSA, RM N° 270-2009/MINSA	Porcentaje (%) de autoevaluación obtenido >85%.	Septima Política
Satisfacción del pate.	9	Medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa, hospitalización y emergencia en los Institutos Nacionales	Informe	R.M. N° 527-2011/MINSA	% de Satisfacción obtenida en la encuesta de satisfacción del usuario externo (tipo SERVQUAL) (>60%)	Septima Política

**PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL INSN SB- 2020**

**ANEXO 2: PROGRAMACIÓN 2020:** Resultado de la reunión nacional de evaluación de la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud 2019 y programación 2020 remitida por la UFGC - MINSA

## **CRITERIOS DE PROGRAMACION DE ACTIVIDADES IPRESS 2020**

**VICEMINISTERIO DE PRESTACIONES Y ASEGURAMIENTO EN SALUD - UNIDAD FUNCIONAL DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD**

Componente	Nº	CODI	DENOMINACION		CARACTERISTICAS DE PROGRAMACION						
			CRITERIOS y/o ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACION / REGISTRO	CRITERIOS DE PROGRAMACION DE ACTIVIDADES	NORMATIVA	INDICADORES	Política de la Calidad en Salud
Planificación	1	01EPGC	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional	Plan aprobado	1	Documento mediante el cual se establecen los antecedentes, objetivos, actividades y tareas relacionadas a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.	Plan de Gestión de la Calidad en Salud aprobado por la Jefatura/Dirección.	Plan de Gestión de la Calidad en Salud aprobado en forma anual por la Jefatura/Dirección de los Institutos Nacionales	RM 519-2006/MINSA	<b>Nivel Nacional</b> Número de Institutos Nacionales que cuentan con Plan Anual de Gestión de la Calidad aprobado/Total de Institutos Nacionales	Sexta Política
	2	02LVSC	Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en centros quirúrgicos del Instituto Nacional.	Informe	2	Aplicación de la Lista de verificación de seguridad de la cirugía en los centros quirúrgicos y Encuestas de evaluación de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía a cargo del Equipo Conductor, conforme lo establecido en la normatividad vigente.	Listas de verificación aplicadas. Encuesta de evaluación de la implementación de la Lista de Verificación. Informe de la implementación de la Lista de verificación y de la aplicación de la Encuesta.	Información semestral de la implementación de la Lista de verificación y de la aplicación de la Encuesta en los centros quirúrgicos de los Institutos Nacionales	RM N°1021-2010/MINSA	<b>Nivel Nacional</b> Número de Institutos Nacionales que aplican la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía/ Total de Institutos Nacionales  Número de Institutos Nacionales que aplican Encuesta de evaluación de la implementación de la Lista de Verificación /Total de Institutos Nacionales	Octava Política
Garantía y Mejora	3	03IRNA	Implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de incidentes y/o Eventos Adversos en Salud en el Instituto Nacional	Informe	2	Procedimiento para el registro, notificación y el análisis sobre la ocurrencia de incidentes y/o eventos adversos en Salud en los establecimientos de salud	Reporte de incidentes y/o eventos adversos registrados. Informe del análisis de eventos adversos.	Información semestral del registro, notificación y análisis de incidentes y/o eventos adversos en salud, ocurridos en establecimientos de salud.	RM N° 727-2009/MINSA	<b>Nivel Nacional</b> Número de Institutos Nacionales que reportan incidentes y/o eventos adversos en salud /Total de Institutos Nacionales	Octava Política
	4	04IACA	Implementación de la Auditoría de la Calidad de Atención en el Instituto Nacional	Informe	2	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.	Plan anual de auditoría de la Calidad de atención (cronograma). Informe de auditorías de la Calidad de atención realizadas. Informe de implementación de recomendaciones.	Información semestral de Auditorías de la Calidad de atención realizadas en establecimientos de salud, según tipo de auditoría (programada y no programada) y de implementación de las recomendaciones.	RM N° 502-2016/MINSA	<b>Nivel Nacional</b> Número de Institutos Nacionales que informan auditorías realizadas según Plan Anual aprobado/Total de Institutos Nacionales  Número de auditorías de caso realizadas con recomendaciones implementadas /Total de auditorías de caso solicitadas por la autoridad competente	Octava Política
	5	05IPAM	Implementación 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.	Informe	2	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	Informe sobre proyectos y/o acciones de mejora implementados.	Información semestral de proyectos y/o acciones de mejora, relacionados a la problemática sanitaria nacional, implementados en los Institutos Nacionales	RM N° 095-2012/MINSA	<b>Nivel Nacional</b> Porcentaje de Institutos Nacionales que implementan proyectos/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	Septima Política

## CRITERIOS DE PROGRAMACION DE ACTIVIDADES IPRESS 2020

VICEMINISTERIO DE PRESTACIONES Y ASEGURAMIENTO EN SALUD - UNIDAD FUNCIONAL DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD

Componente	Nº	CODI	DENOMINACION		CARACTERISTICAS DE PROGRAMACION						
			CRITERIOS y/o ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACION / REGISTRO	CRITERIOS DE PROGRAMACION DE ACTIVIDADES	NORMATIVA	INDICADORES	Política de la Calidad en Salud
Garantía y Mejora	6	06IPHM	Implementación del proceso de higiene de manos en el Instituto Nacional	Informe	4	Informe trimestral consolidado en relación al porcentaje de cumplimiento de la adherencia a la higiene de manos en servicios del Instituto Nacional	Informes trimestrales de los Institutos Nacionales	Actividades de monitoreo y supervisión desplegadas por los responsables de gestión de la calidad en coordinación con responsable de epidemiología y otros a nivel de los servicios de los Institutos Nacionales	RM N° 255-2016/MINSA.	<b>Nivel Nacional</b> Número de Institutos Nacionales que implementan el proceso de higiene de manos /Total de Institutos Nacionales  Porcentaje global de adherencia a la higiene de manos por Institutos Nacionales	Octava Política
	7	07IRSP	Implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente en el Instituto Nacional	Informe	4	Conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del paciente. Informe trimestral en relación al porcentaje de cumplimiento de los indicadores de evaluación e implementación de las rondas de seguridad del paciente	Documento oficial de Conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente, Informes trimestrales de los Institutos Nacionales	Actividades desplegadas por parte de los responsables de gestión de la calidad en coordinación con responsables de los servicios priorizados	Directiva Sanitaria 003-IGSS/V.01	Número de Institutos que implementan las rondas de seguridad del paciente /Total de Institutos Nacionales	Octava Política
	8	08IAES	Implementación de la Autoevaluación del Proceso de Acreditación del Instituto Nacional	Informe	1	Actividad de evaluación interna del Proceso de Acreditación del establecimiento de salud, mediante estándares preestablecidos, agrupados por Macroprocesos y clasificados en categoría de Macroprocesos Gerenciales, Prestacionales y de Apoyo.	Informe sobre Conformación de Equipos, Plan de Autoevaluación, comunicación de inicio de Autoevaluación e Informe Técnico de Autoevaluación del Instituto Nacional	Una Autoevaluación al año.	RM N° 456-2007/MINSA, R M N° 270-2009/MINSA	<b>Nivel Nacional</b> Número de Institutos que remiten Informe Técnico de Autoevaluación / Número total de Institutos Nacionales	Septima Política
	9	09MSUE	Medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa, hospitalización y emergencia en los Institutos Nacionales	Informe	1	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 y emergencia, en Institutos Nacionales	Informe emitido por los Institutos Nacionales sobre los resultados de la medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa, /hospitalización y /emergencia.	Información anual de medición de la satisfacción de los usuarios externos en Institutos Nacionales	R.M. N° 527-2011/MINSA	<b>Nivel Regional</b> Porcentaje de Institutos Nacionales que realizan evaluación de la satisfacción del usuario externo en consulta externa, hospitalización y emergencia según categoría - Porcentaje global de usuarios satisfechos con los servicios de consulta externa, hospitalización y emergencia de Institutos Nacionales	Septima Política

**ANEXO 3 : CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO SAN BORJA 2020****DIRECTOR GENERAL: ZOPFI RUBIO ANTONIO RICARDO**

Programación de Rondas de Seguridad 2020		
Nº Ronda	Fecha	Hora
1ra Ronda	30 / 01 / 2020	10:00 a.m.
2da Ronda	21 / 02 / 2020	10:00 a.m.
3ra Ronda	19 / 03 / 2020	10:00 a.m.
4ta Ronda	24 / 04 / 2020	10:00 a.m.
5ta Ronda	14 / 05 / 2020	10:00 a.m.
6ta Ronda	19 / 06 / 2020	10:00 a.m.
7ma Ronda	21 / 07 / 2020	10:00 a.m.
8va Ronda	20 / 08 / 2020	10:00 a.m.
9na Ronda	24 / 09 / 2020	10:00 a.m.
10ma Ronda	22 / 10 / 2020	10:00 a.m.
11ma Ronda	19 / 11 / 2020	10:00 a.m.
12ma Ronda	10 / 12 / 2020	10:00 a.m.