

"Año de la consolidación del Mar de Grau"



RESOLUCION DIRECTORAL

San Borja, 05 FEB. 2016

VISTO:

El expediente N° 16-000410-001/INSN-SB, sobre la aprobación del Plan Anual de la Unidad de Gestión de la Calidad; y,

CONSIDERANDO:

Que, la Ley General de Salud, establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, su protección es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, en los incisos a), b) y c) del Artículo 37 del Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, se establece que al Director Médico le corresponde planificar, organizar, dirigir y controlar la producción de los servicios de salud, asegurando la oportuna y eficiente prestación de los mismos; asegurar la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención y las estandarización de los procedimientos de la atención de salud; y, disponer las medidas para el cumplimiento de las normas técnicas de salud aprobadas por el Ministerio de Salud;

Que, mediante el numeral 5.7 de la Resolución Ministerial N° 919-2014/MINSA del 28 de noviembre del 2014, se aprobó la Directiva Administrativa N° 204-MINSA-OGPP V.01, que establece "Los Planes Operativos Institucionales, los Planes Operativos Anuales y los Planes de Trabajo constituyen la base fundamental y obligatoria para la identificación de la demanda global del financiamiento en su primera etapa y para la formulación definitiva del presupuesto institucional, en su etapa final";

Que, mediante el literal d) del acápite II.2.1 del Manual de Operaciones del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja, aprobado por Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA del 07 de julio de 2014, se establece que es función de la Dirección General el "Proponer los documentos de gestión institucional del INSN-SB y aprobarlos en los casos que corresponda, según la normatividad vigente";

Que, mediante Nota Informativa N° 0035-2016-UGC-INSN-SB, la Jefa de Oficina de la Unidad de Gestión de la Calidad, solicita a la Dirección General la aprobación del Plan Anual de la Unidad de Gestión de la Calidad, el mismo que cuenta con opinión favorable de la Unidad de Planeamiento y Presupuesto, según consta en Nota Informativa N° 07-2016-UPP-INSN-SB;



N° 017 /2016/INSN-SB/T

Con el visto bueno del Director Adjunto, de la Unidad de Gestión de la Calidad, de la Unidad de Planeamiento y Presupuesto; y, del Jefe de la Unidad de Asesoría Jurídica; y

De conformidad con la Ley N° 26842, Ley General de Salud, el Decreto Supremo 013-2006-SA, la Resolución Ministerial N° 919-2014/MINSA, la Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA, la Resolución Ministerial N° 090-2013/MINSA; y, la Resolución Jefatural N° 340-2015/IGSS;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1º.- Aprobar el Plan Anual de la Unidad de Gestión de la Calidad - 2016, el cual en anexo adjunto forma parte de la presente resolución.

ARTÍCULO 2º.- Encargar a la Unidad de Gestión de la Calidad como órgano competente, la difusión, implementación, monitoreo y supervisión del Plan aprobado por la presente resolución.

ARTÍCULO 3º.- Disponer la publicación de la presente resolución en el portal institucional de la entidad conforme a las normas de transparencia y acceso a la información pública.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE



insn Instituto Nacional de Salud del Niño
San Borja

Dra. Zulema Tomás Gonzáles
DIRECTORA GENERAL

EZTG/JCRG/kfbs
Distribución

- () DA
- () UGC
- () UPP
- () UAJ
- () Archivo





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de
Salud del Niño -
San Borja

"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO – SAN BORJA

PLAN ANUAL DE LA UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD - 2016

LIMA – PERÚ





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja



“Año de la Consolidación del Mar de Grau”

1. DESCRIPCION DE LA UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD:

El Instituto Nacional de Salud del Niño-San Borja inició su funcionamiento en Junio del año 2013, el Reglamento Interno de Funciones, Operaciones y Relaciones se aprueba en Diciembre del 2013 y el Manual de Operaciones en Julio del 2014; en la que se considera a la Unidad de Gestión de la Calidad como Unidad Asesora de la Alta Dirección.

Actualmente se encuentra ubicada en el segundo piso del pabellón administrativo, contando en su distribución orgánica y funcional con la siguiente:

2.1. Infraestructura:

- Ambiente modular de 13,34 m2.

2.2. Recursos Humanos:

- Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad.
- 02 Médicos Especialistas en Gestión de la Calidad.
- 01 Asistente Administrativo.
- 01 Orientador.

2.3. Organización Funcional:

2.3.1 Comités aprobados con RD:

- Comité Farmacoterapéutico: RD N° 50-2015-INSNSB-DG/T
- Comité de Historias Clínicas: RD N° 85-2015-INSNSB-DG/T
- Comité de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia: RD N° 114-2015-INSNSB-DG/T
- Comité de Gestión de la Calidad Institucional: RD N° 117-2015-INSNSB-DG/T
- Comité de Infecciones Intrahospitalarias. RD N° 130-2015-INSNSB-DG/T
- Comité de Ética Hospitalaria RD N° 157-2015-INSNSB-DG/T
- Comité de Seguridad del Paciente: RD N° 160-2015-INSNSB-DG/T
- Comité de Equipo Conductor: RD N° 172-2015-INSNSB-DG/T





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

“Año de la Consolidación del Mar de Grau”

2.3.2 Equipos de Apoyo funcional con RD:

- Equipo de Acreditación: RD N° 145-2015-INSNSB-DG/T
- Responsable del Libro de Reclamaciones: RD N° 122-2015-INSNSB-DG/T

3. DOCUMENTOS DE GESTION:

Se realizó la elaboración de Guías de Práctica Clínica, Guías de Procedimientos, Consentimientos Informados Específicos, Manuales, Protocolos, Directivas, Reglamentos y Planes; con el Equipo Técnico de los Ejes y Servicios Asistenciales, brindándoles asesoría técnica para la elaboración de los mismos, los cuales son utilizados como insumo para el manejo integral en el tratamiento y recuperación de nuestros pacientes.

| Año: 2014 | | |
|--|--|-----------------------------|
| SUB UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL ESPECIALIZADA DEL PACIENTE DE NEUROCIRUGIA | | |
| Servicios Asistenciales | GPC / GP | N° RD |
| ENDOCRINOLOGIA - NEUROCIRUGIA | Guía de Procedimiento del Síndrome de Secreción Inapropiada de Hormona Antidiurética | R.D N° 10-2014-INSN-SB-DG/T |
| | Guía de Práctica Clínica de Hipertensión Endocraneana | |

| Año: 2014 | | |
|--|---|-----------------------------|
| SUB UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL ESPECIALIZADA DEL PACIENTE QUEMADO | | |
| Servicios Asistenciales | GPC / GP | N° RD |
| QUEMADOS | Guía de Práctica Clínica para Lesiones por Quemadura en Pediatría | R.D N° 12-2014-INSN-SB-DG/T |

| Año: 2014 | | |
|--|---|------------------------------|
| SUB UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL ESPECIALIZADA DEL PACIENTE DE NEUROCIRUGIA | | |
| Servicios Asistenciales | GPC / GP | N° RD |
| ENDOCRINOLOGIA - NEUROCIRUGIA | Guía de Práctica Clínica de Diabetes Insípida Central | R.D N° 101-2014-INSN-SB-DG/T |
| | Guía de Práctica Clínica de Hipopituitarismo | |

| Año: 2014 | | |
|---|--|-----------------------------|
| SUB UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL ESPECIALIZADA PEDIATRICA Y SUB ESPECIALIDADES | | |
| Servicios Asistenciales | GPC / GP | N° RD |
| INFECTOLOGIA | Guía de Procedimiento de Precauciones Estándar y Aislamiento | R.D N° 11-2014-INSN-SB-DG/T |
| | Guía de Prevención y manejo de lesiones por accidentes con instrumentos punzocortantes | |

Av. Agustín de la Rosa Toro Nro. 1399 Urb. Jacaranda II
Lima - San Borja
Teléfono: 2300600 - Anexo 1073
www.insnsb.gob.pe





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

“Año de la Consolidación del Mar de Grau”

| Años | Manuales | Nº RD | Protocolos | Nº RD | Directiva | Nº RD | Reglamento | Nº RD |
|------|---|--------------------------------|--|--------------------------------|--|--------------------------------|---|--------------------------------|
| 2013 | --- | | --- | | --- | | | |
| 2014 | --- | | --- | | --- | | | |
| 2015 | Manual de Procesos y Procedimientos de la Sub- Unidad de la Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub- Especialidades del INSN-SB | RD Nº 95-2015- INSNSB-DG/T | Protocolo de Atención de Solicitudes de Transfusión para Pacientes Pediátricos con Hemorragias Masivas | RD Nº 128-2015- INSNSB-DG/T | Directiva Sanitaria para movilización, identificación y entrega de cadáveres en el INSN-SB | RD Nº 62-2015-INSNSB- DG/T | Reglamento Interno del Comité de Seguridad del Paciente | RD Nº 165-2015- INSNSB-DG/T |
| | Manual de Bioseguridad del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre del INSN-SB | RD Nº 100-2015- INSNSB-DG/T | | | Directiva Administrativa para el Control de Documentos, Formatos y Registros del Sistema de Gestión de la Calidad del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre del INSN- SB | RD Nº 119-2015- INSNSB-DG/T | | |
| | Manual de Procedimientos Operativos Estandarizados - Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre | RD Nº 113-2015- INSNSB-DG/T | | | Directiva para la Conformación y funcionamiento de los Equipos de Mejora y Comites de Calidad | RD Nº 081-2015- INSNSB-DG/T | | |
| | Manual de Bioseguridad del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo II | RD Nº 101-2015- INSNSB-DG/T | | | Directiva para la Utilización de Antimicrobianos Restringidos en el INSN-SB | RD Nº 149-2015- INSNSB-DG/T | | |
| | Manual de Control de Calidad del Procedimiento: Tipificación Molecular de genes HLA del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre | | | | | | | |
| | Manual de Procedimiento para prevenir la contaminación de ADN durante la PCR y del Método para medir Concentración y Pureza del ADN del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre | | | | | | | |
| | Manual de Mantenimiento y Calibración de equipos del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre | | | | | | | |
| | Manual de Procedimiento Pre Analítico del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre | | | | | | | |
| | Manual de Procedimiento de Tipificación Molecular de Genes del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre | | | | | | | |
| | Manual de Derechos del Paciente del INSN-SB | | | | | | | |
| | Manual de Proceso y Procedimientos de la Unidad Gestión de la Calidad | RD Nº 155-2015- INSNSB-DG/T | | | | | | |





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

“Año de la Consolidación del Mar de Grau”

| Año: 2015 | | |
|---|--|------------------------------|
| UNIDAD DE SOPORTE AL DIAGNOSTICO Y AL TRATAMIENTO | | |
| Servicios Asistenciales | GPC / GP | N° RD |
| GENETICA | Guía de Procedimiento Cariotipo en Medula Osea | R.D N° 143-2015-INSN-SB-DG/T |
| | Guía de Procedimiento Cariotipo en Sangre Periferica del Servicio Genetica | |

| Año: 2015 | | |
|---|---|------------------------------|
| UNIDAD DE DESARROLLO DE INVESTIGACIÓN, TECNOLOGIAS Y DOCENCIA | | |
| Servicios Asistenciales | GPC / GP | N° RD |
| CIRUGIA EXPERIMENTAL | Guía para el Control Sanitario de Animales de Experimentación | R.D N° 144-2015-INSN-SB-DG/T |
| | Guía de Procedimiento de Manejo y Cuidado de Animales Medianos de Laboratorio: Cerdos, Gatos y Ovinos | |
| | Guía de para el Manejo de Roedores y Lagomorfos de Experimentación | |
| | Procedimientos para el Manejo de Residuos Sólidos en el Servicio de Investigación y Cirugía Experimental | |
| | Procedimientos para la Limpieza y Desinfección de los Ambientes del Servicio de Investigación y Cirugía Experimental | |
| | Guía de Instructivo de Manejo y Limpieza del Aspirador de Secreciones New Askir 30-CAMI | |
| | Guía de Instructivo de Manejo y Limpieza del Aspirador de Secreciones New Hospivac 350-CAMI. | |
| | Guía de Instructivo de Manejo y Limpieza de la Unidad de Anestesia Drager Primus | |
| | Guía de Instructivo de Manejo y Limpieza de la lámpara Cialitica de brazo articulado de techo | |
| | Instructivo de Manejo de Lámpara Cialitica Rodable | |
| | Guía de Instructivo de Manejo y Limpieza de la Incubadora neonatal Scti Line 4-Olived CZ | |
| | Guía de Instructivo de Manejo y Limpieza de Instructivo de Manejo y Limpieza del Equipo de Cirugía Endoscópica Richard Wolf | |
| | Guía de Instructivo de Manejo y Limpieza de las Unidades Electroquirurgicas Surtron 80 y Surtron 200 | |
| | Guía de Instructivo de Manejo y Limpieza del Microscopio Quirúrgico Vario S88-Carl Zeiss | |
| | Guía de Instructivo de Manejo y Limpieza de la Unidad de Anestesia con Ssistema de Monitoreo Básico Avance S5-Datex Ohmeda | |

| Año: 2015 | | |
|---|---|-----------------------------|
| UNIDAD DE DESARROLLO DE INVESTIGACIÓN, TECNOLOGIAS Y DOCENCIA | | |
| Servicios Asistenciales | Consentimientos Informados Específicos | N° RD |
| DOCENCIA | Ficha de Identificación del Paciente y Consentimiento Informado de Actividades de Docencia y su Instructivo | R.D N° 63-2015-INSN-SB-DG/T |

Av. Agustín de la Rosa Toro Nro. 1399 Urb. Jacaranda II
Lima - San Borja
Teléfono: 2300600 - Anexo 1073
www.insnsb.gob.pe

[Handwritten signature]
PRESIDENTE





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

“Año de la Consolidación del Mar de Grau”

| Año: 2015 | | |
|---|--|-----------------------------|
| SUB UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL ESPECIALIZADA PEDIATRICA Y SUB ESPECIALIDADES | | |
| Servicios Asistenciales | Consentimientos Informados Específicos | N° RD |
| NEFROLOGIA | Consentimiento Informado para Hemodialis | R.D N° 87-2015-INSN-SB-DG/T |
| | Consentimiento Informado para Dialisis Peritoneal | |
| | Consentimiento Informado para Colocación de Cateter Venoso Central | |
| | Temporal para Hemodialis Aguda | |

| Año: 2015 | | |
|--|---|------------------------------|
| SUB UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL ESPECIALIZADA DEL PACIENTE DE ESPECIALIDADES QUIRURGICAS | | |
| Servicios Asistenciales | Consentimientos Informados Específicos | N° RD |
| CIRUGIA PLASTICA | Consentimiento Informado para Fistula Palatina Plastia de Fistula | R.D N° 147-2015-INSN-SB-DG/T |
| | Consentimiento Informado para Fisura Labial Operada y revisión de Queiloplastia | |
| | Consentimiento Informado para Insuficiencia Velofaringea | |
| | Consentimiento Informado para Nariz Fisurada y Rinoplastia | |

| Año: 2015 | | |
|--|---|------------------------------|
| SUB UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL ESPECIALIZADA DEL PACIENTE DE TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS | | |
| Servicios Asistenciales | Consentimientos Informados Específicos | N° RD |
| TPH Y HEMATOLOGIA | Consentimiento Informado para la Administración de Quimioterapia | R.D N° 166-2015-INSN-SB-DG/T |
| | Consentimiento Informado para la Realización de Punción Lumbar y Administración de Quimioterapia Intratecal | |
| | Consentimiento Informado para la realización de aspirado de Médula Osea y Biopsia de Medula Osea | |
| | Consentimiento Informado para la realización de Trasplante Alogénico de Progenitores Hematopoyéticos | |
| | Consentimiento Informado para la realización de Colecta de Progenitores Hematopoyéticos de Snagre Periferica ,Donate Adulto | |
| | Consentimiento Informado para la realización de Colecta de Progenitores Hematopoyéticos de Snagre Periferica ,Donate Menor de Edad. | |
| | Consentimiento Informado para la de Colecta de Progenitores Hematopoyéticos de Médula Ósea ,Donante Menor de edad. | |
| | Consentimiento Informado para la realización de Colecta de Progenitores Hematopoyéticos de Médula Osea ,Donante Mayor de edad . | |

Av. Agustín de la Rosa Toro Nro. 1399 Urb. Jacaranda II
Lima - San Borja
Teléfono: 2300600 - Anexo 1073
www.insnsb.gob.pe





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja



“Año de la Consolidación del Mar de Grau”

4. OBJETIVO GENERAL:

Implementar el Sistema de Calidad, formulando, evaluando estrategias, metodologías e instrumentos de acuerdo a la Política de Modernización del Estado para la mejora continua en el desempeño Institucional basado en la optimización de procesos aprobados en el marco de la acreditación vigente, para satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros usuarios Internos y Externos.

4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Asistir en la Mejora integral y continua de la Unidad de Gestión de la Calidad en la planificación, supervisión y control de las actividades programadas en el Plan Operativo Institucional para Calidad.
- ✓ Intervención en el reforzamiento de temas relacionados en Seguridad del Paciente, Acreditación, Capacitación de Calidad y Mejora Continua.
- ✓ Desarrollar un proceso continuo de seguimiento y monitoreo de los procesos claves para el buen desempeño de los diferentes niveles de la organización, que permitirá una adecuada atención a los pacientes de nuestra institución.
- ✓ Fortalecer el perfil técnico de los recursos humanos de salud en aspectos relacionados a la garantía de calidad, a nivel normativo, conductivo y operativo.
- ✓ Optimizar el componente de vigilancia y control de la garantía de la calidad en la prestación de servicios de salud, desde la perspectiva epidemiológica, que evidencien cambios importantes en la salud de la población.

Av. Agustín de la Rosa Toro Nro. 1399 Urb. Jacaranda II
Lima - San Borja
Teléfono: 2300600 - Anexo 1073
www.insnsb.gob.pe





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja



“Año de la Consolidación del Mar de Grau”

- ✓ Fortalecer el sistema de orientación, atención al Usuario con el reporte de Sugerencias, Quejas y Reclamos, pudiendo intervenir en la retroalimentación de las intervenciones basándonos en los requerimientos del paciente y su acompañante.
- ✓ Promover la participación y corresponsabilidad en el cuidado de la salud (ciudadano, familia, comunidad y autoridades locales).
- ✓ Intervención con Asesoría Técnica para la elaboración de perfiles de Proyectos de Mejora, originados a partir de las necesidades identificadas por los usuarios internos y externos.
- ✓ Fortalecer la aplicación de los diseños y la ejecución de estudios e investigaciones relacionados a Calidad Total con el fin de promover la Mejora Continua en la atención integral de los Servicios de Salud.

5. BASE LEGAL:

- Ley N° 26842 Ley General de Salud
- Ley N° 1161-Ley del Ministerio de Salud
- Resolución Ministerial 512-2014/MINSA, que aprueba el Manual de Operaciones del Instituto Nacional de Salud del Niño- San Borja.
- Decreto Supremo N° 023-2005-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA -Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
- Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, “Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud”.

Av. Agustín de la Rosa Toro Nro. 1399 Urb. Jacaranda II
Lima - San Borja
Teléfono: 2300600 - Anexo 1073
www.insnsb.gob.pe





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja



“Año de la Consolidación del Mar de Grau”

6. ALCANCE

El presente plan es de cumplimiento obligatorio por las Unidades de Atención Integral Especializada, la Unidad de Gestión de Calidad y los sistemas administrativos comprometidos con su ejecución.

7. RESPONSABILIDADES

7.1. El Director General es el responsable de hacer cumplir el presente Plan.

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

7.3. Las Sub-Unidades de Atención Integral Especializada del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, implementaran, monitorizaran y reportaran los avances de su ejecución al Jefe de la Sub Unidad y a la Unidad de Gestión de la Calidad.

Av. Agustín de la Rosa Toro Nro. 1399 Urb. Jacaranda II
Lima - San Borja
Teléfono: 2300600 - Anexo 1073
www.insnsb.gob.pe



| EJE DE TRABAJO | OBJETIVOS ESTRATÉGICOS | INDICADOR | ACTIVIDAD | Responsable | UNIDAD DE MEDIDA | PERIODICIDAD | I Trim | | | II Trim | | | III Trim | | | IV Trim | | |
|--|--|---|---|------------------------------|------------------|--------------|--------|-----|-----|---------|-----|-----|----------|-----|-----|---------|-----|-----|
| | | | | | | | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic |
| EJE 1: GESTIÓN DE PROCESOS PARA LA CERTIFICACIÓN /ACREDITACIÓN | 1.1. Fortalecer competencias en el Proceso de Evaluación Integral de la Calidad para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo | Personal de Salud designado como Evaluadores Internos | Selección de Evaluadores Internos | Unidad Gestión de la Calidad | Resolución | ANUAL | 1 | | | | | | | | | | | |
| | 1.2.Fortalecer competencias en Gestión por Procesos y Costos | Evaluadores Internos entrenados y certificados en: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo | Actividades de capacitación: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo vigente. | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | SEMESTRAL | | 1 | | | | | | | 1 | | | |
| | 1.3.Desarrollar el Proceso de Acreditación / Certificación Institucional | Asistentes entrenados y certificados en: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo | Actividades de capacitación: Gestión por Procesos y Costos Basado en Actividades. | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | SEMESTRAL | | 1 | | | | | | | 1 | | | |
| | 1.4.Contar con Procesos normalizados y eficientes que respondan a las necesidades del usuario externo y acompañante | Autoevaluación para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo | Cumplimiento del Proceso de Autoevaluación para Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | ANUAL | | | | | | | | | 1 | | | |
| | 1.5.Contar con Procesos normalizados y eficientes que respondan a las necesidades Institucionales | Cumplimiento del Plan de Mejora post Autoevaluación (%) | Implementación de las mejoras en base a la Autoevaluación realizada. | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | SEMESTRAL | | | | 1 | | | | | | | | 1 |
| | 2.1.Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad | Procesos y Procedimientos Asistenciales / Administrativos orientados a los usuarios externos, elaborados o actualizados (%) | Elaboración o actualización de MAPRO (Asistencial o Administrativos) de la Organización orientados a los usuarios externos. | Unidad Gestión de la Calidad | MAPRO/Informe | SEMESTRAL | | | | 1 | | | | | | | | 1 |
| | 2.2.Promover una Cultura por la Mejora Continua de la Calidad | Procesos y Procedimientos Asistenciales / Administrativos orientados al funcionamiento de la Organización (%) | Elaboración o actualización de MAPRO (Asistencial o Administrativos) orientados al funcionamiento de la Organización | Unidad Gestión de la Calidad | MAPRO/Informe | SEMESTRAL | | | | | 1 | | | | | | | 1 |
| | 2.3.Optimizar y Mejorar Procesos Críticos | Personal de Salud integrantes de los Circuitos de Calidad o Equipos de Mejora entrenados y certificados en Proyectos de Mejora Continua de la Calidad (%) | Actividad de capacitación, dirigidas a equipos locales, en Gestión de Proyectos de Mejora Continua. | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | SEMESTRAL | | | | | 1 | | | | | | | 1 |
| | 2.4.Reducción de Costos de la No Calidad (Reintervenciones/ Reprocesos en la Atención/Judicialización de los Casos/Infracciones al Reglamento de Infracciones y Sanciones de SUSALUD) | Viraje de Indicadores de Línea de Base del Proyecto de Mejora Continua (%) | Resultados del desarrollo de proyectos y/o acciones de mejora en base a la problemática identificada. | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | TRIMESTRAL | | 1 | | | 1 | | | | 1 | | | 1 |
| | | Proyectos de Mejora orientados a la reducción de los Tiempos de Espera en la atención de consulta externa (%) | Rediseño de Procesos para la reducción de tiempos de espera en la atención en consulta externa | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | TRIMESTRAL | | 1 | | | 1 | | | | 1 | | | 1 |



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

| EJE DE TRABAJO | OBJETIVOS ESTRATÉGICOS | INDICADOR | ACTIVIDAD | Responsable | UNIDAD DE MEDIDA | PERIODICIDAD | I Trim | | | II Trim | | | III Trim | | | IV Trim | | |
|---|--|---|---|------------------------------|------------------|--------------|--------|-----|-----|---------|-----|-----|----------|-----|-----|---------|-----|-----|
| | | | | | | | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EJE 3: GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO | 3.1. Fortalecer competencias en Promoción y Protección del Derecho de las Personas | Personal entrenado en Atención al Usuario | Personal demuestran competencias en Humanización de la Atención | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | TRIMESTRAL | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 |
| | 3.2. Fortalecer competencias en Humanización de la Atención en Salud | Personal entrenado en Humanización de la Atención | Personal demuestran competencias en Humanización de la Atención | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | TRIMESTRAL | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 |
| | 3.3. Fortalecer el Sistema de Orientación - Absolución de Reclamos | Plataforma de Atención al Usuario operativas | Plataforma de Atención al Usuario para el registro, atención y seguimiento de reclamos de los usuarios para fomentar la Promoción y Protección de sus Derechos | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | TRIMESTRAL | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 |
| | 3.4. Supervisar la implementación del Proceso de Promoción y Protección del Derecho que involucre la participación de la Familia y la Comunidad | Libro de Reclamaciones implementado y funcionando | Libro de Reclamaciones para el registro de los reclamos de los usuarios externos. | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | MENSUAL | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 3.5. Fomentar la Promoción y Protección de los Derechos de los Usuarios a través de la retroalimentación de las intervenciones basado en los requerimientos de los Grupos de Interés (Mediciones de la Satisfacción) | Proyectos de Mejora orientados a reducir las causas más frecuentes del libro de reclamaciones | Implementación oportuna de acciones de mejora con el objeto de reducir las causas más frecuentes de los reclamos presentados. | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | TRIMESTRAL | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 |
| | 3.6. Promover la Participación y Corresponsabilidad en el Cuidado de la Salud (Ciudadano, Familia , Comunidad , Actores / Autoridades Locales | Cumplimiento de acuerdos y compromisos en el marco de la Promoción y Protección del Derecho en Salud | Retroalimentación de la gestión para la Promoción y Protección del Derecho en Salud | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | TRIMESTRAL | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 |
| | 3.7. Fortalecer la Imagen Institucional respecto a la Calidad de Atención y el respeto por los Derechos de las Personas | Satisfacción de Usuarios Externos (Consulta Externa Hospitalización y Emergencia) | 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 INSN SB | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | ANUAL | | | | | | | | | | | 1 | |
| | 3.8. Promover la Participación y Corresponsabilidad en el Cuidado de la Salud (Ciudadano, Familia , Comunidad , Actores / Autoridades Locales | Acciones de mejora y/o proyectos de mejora implementados en base a los resultados de la encuesta de satisfacción del usuario externo aplicado por SUSALUD | Acciones de mejora y/o proyectos de mejora implementados en base a los resultados de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud en el servicio de Consulta Externa realizado por SUSALUD. | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | TRIMESTRAL | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 |
| | 3.9. Promover la Participación y Corresponsabilidad en el Cuidado de la Salud (Ciudadano, Familia , Comunidad , Actores / Autoridades Locales | Redes de Pacientes / Cuidadores Primarios entrenados en Participación y Corresponsabilidad en el Cuidado de la Salud (%) | Entrenamiento a las Redes de Pacientes / Cuidadores Primarios en Participación y Corresponsabilidad en el Cuidado de la Salud. | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | SEMESTRAL | | | | | | 1 | | | | | | 1 |
| | 3.10. Fortalecer la Imagen Institucional respecto a la Calidad de Atención y el respeto por los Derechos de las Personas | Difusión de los Derechos de las Personas Usuarías de los servicios de salud | Material comunicacional y metodologías participativas sobre los Derechos de las Personas usuarias de los servicios de salud | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | TRIMESTRAL | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 |



| EJE DE TRABAJO | OBJETIVOS ESTRATEGICOS | INDICADOR | ACTIVIDAD | Responsable | UNIDAD DE MEDIDA | PERIODICIDAD | I Trim | | | II Trim | | | III Trim | | | IV Trim | | |
|--|---|---|---|------------------------------|------------------|--------------|--------|-----|-----|---------|-----|-----|----------|-----|-----|---------|-----|-----|
| | | | | | | | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic |
| EJE 4: GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE | 4.1.Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo | Jeñaturas de Departamento y Servicio con equipos entrenados en Gestión de Riesgos Asistenciales (%) | Actividades de capacitación referente a la gestión de riesgos asistenciales. | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | SEMESTRAL | | | | | | 1 | | | | | | 1 |
| | 4.2.Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación - Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso | Jeñaturas de Departamento y Servicio con equipos entrenados en notificación de eventos adversos (%) | Actividades de capacitación referente a Notificación de Eventos Adversos. | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | SEMESTRAL | | | | | | 1 | | | | | | 1 |
| | 4.3.Promover una Cultura basada en el aprendizaje del error - Cultura de Seguridad | Nº de Guías de Práctica Clínica oficializadas con RD | Evaluación de la adherencia a las guías de práctica clínica de áreas y procedimientos priorizadas. | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | ANUAL | | | 1 | | | | | | | | | |
| | 4.4.Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente (Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente) | Nº de Fichas de Verificación de Guías de Práctica Clínica | | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | ANUAL | | | 1 | | | | | | | | | |
| | | Adherencia a guías de práctica clínica (%) | | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | SEMESTRAL | | | | | 1 | | | | | | | 1 |
| | | Cirugías Programadas que aplican Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (%) | Evaluación de la correcta aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | TRIMESTRAL | | | 1 | | 1 | | | | 1 | | | 1 |
| | | Cumplimiento de la aplicación de la encuesta para la implementación de la LVSC | Aplicación de la Encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad del Cirugía. | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | SEMESTRAL | | | | | 1 | | | | | | | 1 |
| | | Total de Eventos Adversos reportados | Notificación y análisis preventivo y reactivo de los eventos adversos en salud, con Plan de Intervención. | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | TRIMESTRAL | | | | | | 1 | | | 1 | | | 1 |
| | | Rondas de Seguridad Ejecutadas (%) | Cantidad Rondas de Seguridad Ejecutadas | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | TRIMESTRAL | | | | | | 1 | | | 1 | | | 1 |
| | 4.5.Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad; Identificación-Registro-Notificación-Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso) | Acciones de Mejora post ronda implementadas | Informe de Cumplimiento de Acciones de Mejora Post Ronda | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | TRIMESTRAL | | | | | | 1 | | | 1 | | | 1 |
| EJE 5: ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS | | Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud | Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud | Unidad Gestión de la Calidad | PLAN | ANUAL | | | | | | | | | | | | |
| | | Resolución de conformación del Comité de Auditoría de la Calidad | Conformación del Comité de Auditoría de la Calidad | Unidad Gestión de la Calidad | Resolución | ANUAL | | | | | | | | | | | | |
| | | Ejecución del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud (%) | Informes de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud que contenga: • Avances del Plan anual de auditoría de la Calidad • Consolidado de los informes de auditoría • Implementación de las Recomendaciones emitidas en los Informes de Auditoría. | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | TRIMESTRAL | | | 1 | | | 1 | | | | | | 1 |
| | 4.6.Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela (Intervención Contingencial) | Eventos Centinelas atendidos y comunicados de acuerdo a Protocolo (%) | Reporte de los informes de análisis de los Eventos Centinela, bajo metodología estándar (pe Protocolo de Londres), con su Plan de Acción correspondiente. | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | TRIMESTRAL | | | 1 | | | | | | 1 | | | 1 |
| | 4.7 Contribuir a la Reducción de Riesgos asociados a la prestación, orientados hacia la Acreditación y Certificación | Implementación de las recomendaciones, acciones de mejora y acciones correctivas descritas en el Plan de Mitigación de Riesgos de SUSALUD (%) | Implementación oportuna de acciones de mejora y acciones correctivas con el objeto de reducir las multas por sanciones descritas en el Reglamento de Infraacciones y Sanciones de SUSALUD. | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | TRIMESTRAL | | | | | | 1 | | | 1 | | | 1 |
| | | Plan Anual de Gestión de Calidad y Derechos de las Personas elaborado y aprobado | Plan Anual de Gestión de Calidad y Derechos de las Personas donde se establecen objetivos, actividades y tareas relacionadas a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y el Sistema de Promoción y protección de los Derechos de las Personas usuarias de los Servicios de Salud | Unidad Gestión de la Calidad | PLAN | ANUAL | | | 1 | | | | | | | | | |
| | 5.1. Fortalecer la Organización de la Calidad | 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. | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | TRIMESTRAL | | | | | 1 | | | | 1 | | | 1 |
| | | Equipos de las Oficinas de Gestión de la Calidad conformados | Conformación del equipo responsable del desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud | Unidad Gestión de la Calidad | Resolución | ANUAL | | | | | | | | | | | | |
| | | Estudio de Cultura Organizacional | Plan para el Estudio de Cultura Organizacional | Unidad Gestión de la Calidad | PLAN | ANUAL | | | | | | | | | | | | |
| | | Cumplimiento del Estudio de Cultura Organizacional según norma vigente. | Medición del Estudio de Cultura Organizacional. | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | ANUAL | | | | | | 1 | | | | | | |
| | | Acciones de Mejora del Sistema Organizacional (%) | Implementación de acciones de mejora del clima organizacional | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | SEMESTRAL | | | | | | 1 | | | | | | 1 |

EJE 5:

ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS

ESTADO: promover condiciones del ambiente de trabajo adecuados para la gestión de la calidad y derechos de las personas

DIR. KATIA GRANA GUIBOVICH

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

| EJE DE TRABAJO | OBJETIVOS ESTRATEGICOS | INDICADOR | ACTIVIDAD | Responsable | UNIDAD DE MEDIDA | PERIODICIDAD | I Trim | | II Trim | | III Trim | | IV Trim | | | |
|----------------|---|--|--|------------------------------|------------------|--------------|--------|-----|---------|-----|----------|-----|---------|-----|-----|-----|
| | | | | | | | Ene | Feb | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov |
| | 5.3.Alinear los procesos de gestión de la calidad y derechos de las personas a los Políticas y Lineamientos Sectoriales | Difusión de normatividad en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas | Difusión y socialización de documentos técnicos en el marco de la Reforma en Salud, Políticas y Lineamientos sectoriales | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | SEMESTRAL | | | | 1 | | | | | | 1 |



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

| EJE DE TRABAJO | OBJETIVOS ESTRATÉGICOS | INDICADOR | ACTIVIDAD | Responsable | UNIDAD DE MEDIDA | PERIODICIDAD | I Trim | | | II Trim | | | III Trim | | | IV Trim | | |
|--|--|---|---|------------------------------|------------------|--------------|--------|-----|-----|---------|-----|-----|----------|-----|-----|---------|-----|-----|
| | | | | | | | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic |
| EJE 6: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN SANITARIA E INVESTIGACIÓN PARA LA CALIDAD | 6.1 Fortalecer el Sistema de Información Gerencial en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas (TIC) | Utilización del Diagrama de Pareto para el análisis de la problemática de la calidad de atención en establecimientos de salud. | Resultados de la aplicación del Diagrama de Pareto para el análisis de la problemática de la calidad de atención en establecimientos de salud. | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | TRIMESTRAL | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | |
| | 6.2 Fortalecer el Proceso de Toma de Decisiones en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas basado en la Información oportuna en el marco de las prioridades sanitarias. | Cumplimiento de actividades del Plan de Intervención (%) | Nivel de cumplimiento del Plan de Intervención elaborado con motivo del monitoreo, evaluación y supervisión del Plan de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas. | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | TRIMESTRAL | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | |
| | 6.3 Fortalecer el Sistema de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud | Personal de Salud integrante del Equipo de Prevención y control Integral de IAAS/IIH entrenados y certificados en la prevención y control Integral de las IAAS para la Calidad de Atención (%) | Capacitaciones realizadas a los equipos de prevención y control internos. | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | SEMESTRAL | | | | 1 | | | | | | | | 1 |
| | | Implementación del Equipo de Prevención y control de las IAAS con estructura organizacional adecuada (%) | Avances del plan de prevención y control de IAAS | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | SEMESTRAL | | | | | 1 | | | | | | | 1 |
| | | Implementación de Comités de Prevención y Control de IAAS, conformado oficialmente y operativo | Avances de la implementación del monitoreo, evaluación y supervisión del plan de Prevención y Control de IAAS. | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | SEMESTRAL | | | | | 1 | | | | | | | 1 |
| | 6.4 Fortalecer la Implementación de prácticas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud basadas en evidencia. | Personal de Salud integrante del Equipo de Prevención y control Integral entrenados y certificados en prácticas Técnicas de Salud: Prevención y Control de IAAS/IIH basadas en evidencia (%) | Actividades de capacitación referente a las Normas de prevención y control de las IAAS basadas en IIH vigentes. | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | SEMESTRAL | | | | | 1 | | | | | | | 1 |
| 6.5 Fortalecer el Uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales. | | Equipos de Prevención y control Internos que aprobaron la Evaluación Integral de la Prevención y control Internos de IAAS/IIH (%) | Autoevaluaciones realizadas a los equipos de prevención y control Internos | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | SEMESTRAL | | | | | 1 | | | | | | | 1 |
| | | Equipo de Prevención y control Integral implementan el Uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia (%) | Socialización e implementación del uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica. | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | SEMESTRAL | | | | | 1 | | | | | | | 1 |
| | | Personal de Salud cumple con requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos (%) | Fortalecimiento de la práctica de higiene de manos en los establecimientos de salud "Una atención limpia es una atención segura". | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | TRIMESTRAL | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 |
| | | Personal de Salud integrante del Equipo de Prevención y control Integral entrenados y certificados en uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales (%) | Capacitaciones en Procesos de Uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales. | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | SEMESTRAL | | | | | 1 | | | | | | | 1 |
| | | Equipos de Prevención y control Internos que aprobaron la Evaluación Integral del Uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales (%) | Autoevaluaciones a los equipos de prevención y control internos en uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales. | Unidad Gestión de la Calidad | Informe | SEMESTRAL | | | | | 1 | | | | | | | 1 |

