



Dirección General

## RESOLUCION DIRECTORAL

Nº 021 -2017-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 02 de Febrero de 2017

**Visto;** la Nota Informativa Nº 390-2016-OGC-HVLH-IGSS, emitida por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital "Víctor Larco Herrera";

### CONSIDERANDO:

Que, mediante la Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud, establece que el Ministerio de Salud diseña y organiza procesos organizacionales de dirección, operación y apoyo, los mismos que deben implementar las estrategias de mediano plazo. Los subprocesos y actividades componentes se modifican en función de las innovaciones tecnológicas y la reformulación de los objetivos estratégicos;

Que, con la finalidad de garantizar la calidad de la atención a los usuarios externos del hospital; y, direccionar, articular e integrar esfuerzos para el mejoramiento constante en la calidad de las prestaciones de salud de la especialidad, a través de los órganos de línea y otros comprendidos en el alcance del Sistema de Gestión de la Calidad y lograr la integración o reintegración de las personas a la sociedad, la Oficina de Gestión de la Calidad, ha elaborado el Plan Anual de Gestión de la Calidad - 2017;

Que, el citado documento ha sido revisado por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, como órgano asesor en aspectos normativos, emitiendo opinión favorable a través de la Nota Informativa Nº 019-2017-OEPE/HVLH/IGSS, por lo que es pertinente proceder a su aprobación con la resolución correspondiente;

Estando a lo informado por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, y,

Con el visto bueno del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, de la Directora Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital "Víctor Larco Herrera", y;

De conformidad con la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, Ley Nº 27657, Ley del Ministerio de Salud, Resolución Ministerial Nº 1216-2003/SA/DM que aprueba la Directiva Nº 027-MINSA V.01: Normas que Regulan el Procedimientos de Atención y Trámite de Quejas, Sugerencias, Consultas e Interposiciones de buenos oficios en la Oficina de Transparencia y Defensoría de la Salud; Resolución Ministerial Nº 474-2005/MINSA, que aprueba la NT Nº 029-MINSA/GGSP-V 01 del 23.JUN.2005 "Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud", Resolución Ministerial Nº 519-2005/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de Atención en Salud, Resolución Ministerial Nº 676-2006/MINSA, que aprueba el Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008", Resolución Ministerial Nº 640-2006/MINSA, que aprueba el Manual para la Mejora Continua de la Calidad en Salud", Resolución Ministerial Nº 596-2007/MINSA, que aprueba el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud", la Resolución Ministerial Nº 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", la Resolución Ministerial Nº 468-2011/MINSA que aprueba el Documento Técnico: "Metodología para el Estudio del Clima



Organizacional V.02", la 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" y la 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 para la Gestión de la Calidad" y con Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1º.-** Aprobar el Documento Denominado: "**PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD - 2017**" del Hospital "Víctor Larco Herrera", el mismo que en documento adjunto a folios (20) incluido un anexo, forma parte integrante de la presente Resolución.

**Artículo 2º.-** La Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital "Víctor Larco Herrera", es la responsable de la difusión, implementación y cumplimiento del citado Documento.

**Artículo 3º.-** Dejar sin efecto las disposiciones que se opongan a la presente Resolución.

**Artículo 4º.-** Dispóngase a la Oficina de Comunicaciones, publicar el referido Documento Técnico en el portal de internet del Hospital "Víctor Larco Herrera".



Regístrese y Comuníquese

Instituto de Gestión de Servicios de Salud  
Hospital "Víctor Larco Herrera"

Med. Noemí Angélica Collado Guzmán  
Directora General (e)  
C.M.P. 17783 R.N.E. 771P

NACG/MYRV.

**Distribución:**

- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Gestión de la Calidad
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Oficina de Comunicaciones
- Unidades Orgánicas
- Archivo.



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto de Gestión de  
Servicios de Salud

Hospital Nacional  
"Víctor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

## PLAN ANUAL DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2017

### I.- INTRODUCCIÓN

En el Perú la salud mental es una prioridad del Sector Salud, su importancia se ha demostrado a través del estudio de carga de enfermedad, que estimo en general 5,800.949 años de vida saludables perdidos (AVISA), la misma que se concentra principalmente en el grupo de las enfermedades no transmisibles (60,5% del total de AVISA), siendo las enfermedades neuropsiquiátricas las que ocuparon el primer lugar, produciendo una pérdida de 1,010.594 años saludables perdidos (17,4% de la carga de enfermedad nacional)<sup>1</sup>.

Por las razones expuestas, nuestro país requiere contar con servicios de salud con capacidad resolutoria que respondan a la demanda de la población, con prestaciones de salud que sean de calidad, equitativas y oportunas.

En este contexto, el Hospital Víctor Larco Herrera a través de la Oficina de Gestión de la Calidad (OGC) asume el desafío de responder a las prioridades del Sector, balanceando sus acciones y recursos hacia la calidad de la atención.

Los lineamientos de la Oficina de Gestión de la Calidad incorpora acciones de auditoría, seguridad del paciente, satisfacción del usuario externo, medición del tiempo de espera, protección de los derechos de los usuarios, proyectos de mejora y el proceso de autoevaluación y acreditación.

### II.- FINALIDAD

Contribuir a la implementación del sistema de gestión integral de la calidad del hospital.

### III.- OBJETIVOS

#### Objetivo General

Establecer los ejes técnicos para la implementación del sistema de gestión integral de la calidad del hospital.

#### Objetivos específicos

- OE 1: Gestión de procesos para la certificación /acreditación
- OE 2: Cultura de la calidad y mejora continua
- OE 3: Gestión de las relaciones con el usuario externo
- OE 4: Gestión del riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente
- OE 5: Organización para la calidad y derechos de las personas
- OE 6: gestión de la información sanitaria e investigación para la calidad

<sup>1</sup> Carga de enfermedad en el Perú. Estimación de los años vida saludables perdidos 2012. Ministerio de Salud.





#### IV.- AMBITO DE INTERVENCION

El presente plan aplica a todas las oficinas, servicios y departamentos del hospital.

#### V.- BASE LEGAL

- Ley N°26842, "Ley General de Salud".
- Ley N°27658, "Ley Marco de Modernización de la Gestión del estado"
- Decreto Supremo N° 033-2015 que aprobó el Reglamento de la ley N° 29889 Ley que modifica el artículo 11 de la ley N°24842. Ley general de Salud y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental.
- Decreto Supremo N°013-2006-SA, que aprueba el: "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N°289-2015-PCM, que aprueba el Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016-2020.
- Resolución Ministerial N°502-2016/MINSA, que aprueba la NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud".
- Resolución Ministerial N°414-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica".
- Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, que aprueba la NTS N°117-MINSA/DGSP-V.01, "Norma técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud".
- 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 para la Gestión de la Calidad".
- 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 para la Gestión de la Calidad".
- 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°727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud"
- Resolución Ministerial N°589-2007/MINSA, que aprueba el "Plan Nacional Concertado de Salud".
- Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050 "Norma técnica de Salud para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo".
- Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N°132-2005/MINSA, aprueban el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera.
- Resolución Ministerial N°519-2005/MINSA que aprueba el documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud".
- Resolución de Superintendencia N° 160-2011-SUNASA/CD, que aprueba el "Reglamento General para la Atención de los Reclamos y Quejas de Usuarios de las IAFAS e IPRESS".





- Resolución Jefatural N°393-2016-IGSS, que aprueba la Directiva Sanitaria N°003-IGSS/V.01: "Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente".
- Resolución Jefatural N°631-2016-IGSS, que aprueba la Directiva Sanitaria N°005-IGSS/V.01: "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas".

## VI.- CONTENIDO

### CONSIDERACIONES GENERALES

#### OE 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
- 1.2. Fortalecer competencias en Gestión por Procesos y Costos
- 1.3. Desarrollar el Proceso de Acreditación / Certificación Institucional
- 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

#### OE 2: Cultura de la calidad y mejora continua

- 2.1. Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad (Proyectos de MCC).
- 2.2. Promover una Cultura por la Mejora Continua de la Calidad.
- 2.3. Optimizar y Mejorar Procesos Críticos (Desarrollo de Proyectos de MCC)

#### OE 3: Gestión de las relaciones con el usuario externo.

- 3.1. Fortalecer competencias en Promoción y Protección del Derecho de los Usuarios de los Servicios de Salud.
- 3.2. Fortalecer competencias en Humanización de la Atención en Salud.
- 3.3. Fortalecer el Sistema de Orientación- Absolución de Reclamos.
- 3.4. Supervisar la Implementación del Proceso de Promoción y Protección del Derecho
- 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).
- 3.7 Fortalecer la Imagen Institucional de los OODD - IGSS respecto a la Calidad de Atención y el respeto por los Derechos de las Personas.

#### OE 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
- 4.2. Fortalecer el Sistema de Registro- Notificación - Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso.
- 4.3. Promover una Cultura basada en el aprendizaje del error - Cultura de Seguridad
- 4.5. Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error.
- 4.6. Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela.
- 4.7. Contribuir a la Reducción de Riesgos asociados a la prestación mediante el seguimiento a los Planes de Mitigación de Riesgos.

#### OE 5: Organización para la calidad y derechos de las personas.

- 5.5. Fortalecer la Organización de la Calidad en los OODD.
- 5.6. Promover condiciones del ambiente de trabajo adecuados para la gestión de la





- calidad y derechos de las personas.
- 5.7. Alinear los procesos de gestión de la calidad y derechos de las personas a los Políticas y Lineamientos Sectoriales.
- OE 6: gestión de la información sanitaria e investigación para la calidad.
- 6.5. Fortalecer el Sistema de Información Gerencial en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas.
- 6.6. Fortalecer el Sistema de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.
- 6.7. Fortalecer la Implementación de prácticas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud basadas en evidencia.
- 6.8. Fortalecer el Uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales.
- 6.9. Promover la investigación en Calidad en Salud.

## CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

Para la implementación de objetivos estratégicos, se han planteado los siguientes indicadores:

- IND 1: Personal de Salud designados oficialmente como Evaluadores Internos para la autoevaluación.
- IND 2: Evaluadores internos entrenados en la Norma Técnica de Salud: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- IND 3: Jefaturas Administrativas y Asistenciales entrenados en Gestión por Procesos y Costos.
- IND 4: Autoevaluación para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo vigente.
- IND 5: Cumplimiento del Plan de Mejora post Autoevaluación.
- IND 6: Rediseño de Procesos y/o Procedimientos Asistenciales / Administrativos orientados a los usuarios externos.
- IND 7: Personal de Salud que conforman los Equipos de Mejora entrenados en Proyectos de Mejora Continua de la Calidad.
- IND 8: Elaboración de Proyectos de Mejora Continua.
- IND 9: Proyectos de Mejora orientados a mejorar procesos críticos en Etapa de Institucionalización.
- IND 10: Personal del OO.DD. Entrenados en Promoción y Protección del Derecho de los Usuarios de los Servicios de Salud.
- IND 11: Personal administrativo y asistencial de la Unidad Ejecutora entrenado en Humanización de la Atención.
- IND 12: Reconocimiento del "Agente Humanizador de cuerpo y alma".
- IND 13: Plataforma de Atención al Usuario operativas.
- IND 14: Libro de Reclamaciones implementado y funcionando.
- IND 15: Autoevaluación de los criterios normativos del Libro de Reclamaciones y Plataforma de Atención al Usuario en Salud.
- IND 16: Implementación de las recomendaciones, acciones de mejora y acciones correctivas descritas en el Informe de Supervisión a la PAUS por parte de SUSALUD.
- IND 17: Satisfacción de Usuarios Externos.



- IND 18: Acciones de mejora Implementados en base a los resultados de la encuesta de satisfacción del usuario externo aplicado mediante la metodología de SERVQUAL - Modificado.
- IND 21: Difusión de los Derechos de las Personas Usuarias de los servicios de salud.
- IND 22: Jefaturas de Departamento y Servicio con equipos entrenados en Rondas de Seguridad del Paciente.
- IND 23: Jefaturas de Departamento y Servicio con equipos entrenados en Auditoria de la Calidad de Atención en Salud.
- IND 24: Jefaturas de Departamento y Servicio con equipos entrenados en notificación de eventos adversos.
- IND 25: Jefaturas de Departamento y Servicio con equipos entrenados en análisis de eventos centinelas.
- IND 26: N° de Guías de Práctica Clínica oficializadas con RD x UPSS.
- IND 27: N° de Fichas de Verificación de Guías de Práctica Clínica x UPSS.
- IND 28: Adherencia a guías de practica clínica por UPSS (%).
- IND 31: Rondas de Seguridad Ejecutadas.
- IND 32: Cumplimiento de Buenas Prácticas en la IPRESS.
- INDI 33: Acciones de Mejora post ronda implementadas (Gestión del Riesgo y las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente).
- IND 34: Resolución de conformación de los Comités de Auditoría de la Calidad aprobado con RD.
- IND 35: Plan Anual de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud.
- IND 36: Ejecución del Plan Anual de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud.
- IND 37: UPSS / Servicios de Salud que Reportan Eventos Adversos.
- IND 38: Eventos Centinelas Analizados.
- IND 39: Implementación de las recomendaciones, acciones de mejora y acciones correctivas descritas en el Plan de Mitigación de Riesgos de SUSALUD.
- IND 40: Ejecución del Plan Anual de Gestión de Calidad y Derechos de las Personas.
- IND 41: Responsables de las Oficinas / Equipos de Gestión de la Calidad designados / encargados formalmente.
- IND 42: Estudio de Clima Organizacional del OODD.
- IND 43: Acciones de Mejora del Clima Organizacional.
- IND 44: Difusión de normatividad en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas – IGSS en el marco de la Reforma en Salud.
- IND 45: Utilización de herramientas estadísticas de calidad, en los informes elaborados por la Oficina de Gestión de Calidad.
- IND 46: Personal de Salud integrante del Equipo de Prevención y control Integral de IAAS/IIH entrenados en la prevención y control Integral de las IAAS para la Calidad de Atención.
- IND 47: Implementación de Comités de Prevención y Control de IAAS, conformado oficialmente y operativo.
- IND 48: Equipos de Prevención y control Internos que aprobaron la Evaluación Integral de la Prevención y control Internos de IAAS/IIH.
- IND 49: 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.
- IND 50: 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.



- IND 51: Personal de Salud integrante del Equipo de Prevención y control Integral entrenados en uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales.
- IND 52: Proyecto de investigación en Calidad en Salud.

## VII.- RESPONSABILIDADES

La ejecución del presente plan es de responsabilidad de la Oficina de Gestión de la Calidad. Asimismo, el apoyo político y financiero estará a cargo de la Dirección General del hospital.

## VIII.- ANEXOS

Anexo N° 01: Matriz de programación de actividades de la Oficina de Gestión de la Calidad.  
Periodo 2017





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Hospital Nacional "Víctor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

### Anexo N° 01:

### Matriz de programación de actividades de la Oficina de Gestión de la Calidad - Periodo 2017

#### EJE 1: GESTION DE PROCESOS PARA LA CERTIFICACIÓN /ACREDITACIÓN

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	INDICADOR TRAZADOR	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN	META DE CUMPLIMIENTO	META DE IMPACTO	PERIODICIDAD DE REPORTE	RESPONSABLE	PROGRAMACIÓN 2017			
								I	II	III	IV
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.	Listado de Evaluadores Internos designados con Resolución Directoral.	Documento de aprueba el Listado Oficial de Evaluadores Internos de la IPRESS, según normatividad vigente.	Un Documento (01)	R.D. conteniendo Listado de Evaluadores Internos actualizado.	ANUAL	Dirección	X			
	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	Recursos Humanos	X			
1.2. Fortalecer competencias en Gestión por Procesos y Costos	IND 3: Jefaturas Administrativas y Asistenciales entrenados en Gestión por Procesos y Costos	Actividades de capacitación dirigida a Jefaturas Administrativas y Asistenciales referente a la Gestión por Procesos y Costos.	Informe sobre las capacitaciones referentes a la Gestión por Procesos y Costos.	Un (01) Informe de capacitación	≥ 80% de Jefaturas Administrativas y Asistenciales entrenados en Gestión de Procesos y Costos	ANUAL	Recursos Humanos		X		





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Hospital Nacional "Víctor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

1.3. Desarrollar el Proceso de Acreditación / Certificación Institucional	IND 4: Autoevaluación para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo vigente	Cumplimiento del Proceso de Autoevaluación según la Norma Técnica de Salud: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.	Informe de Ejecución del Plan de Autoevaluación	Un (01) Informe de Autoevaluación.	≥ 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				
	IND 5: Cumplimiento del Plan de Mejora post Autoevaluación	Implementación de las mejoras en base a la Autoevaluación realizada. Informe que señale la Implementación de las mejoras en base a la Autoevaluación realizada	Informe de Seguimiento al Plan de Mejora a partir de la Autoevaluación	Un (01) Informe de Seguimiento	≥ 50% de implementación del Plan de Mejora elaborado a partir de la última Autoevaluación.	ANUAL	Dirección / Calidad / Jefaturas de Departamento - Oficinas Administrativas			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 6: Rediseño de Procesos y/o Procedimientos Asistenciales / Administrativos orientados a los usuarios externos.	Propuesta de Rediseño de Procesos y/o Procedimientos Asistenciales / Administrativos orientados a los usuarios externos, acorde a la Política Nacional de la Modernización de la Gestión Pública	Documentos que contengan la Propuesta de Rediseño de Procesos o Procedimientos Asistenciales / Administrativos orientados a los usuarios externos.	Un (01) Informe Técnico	Propuesta de Rediseño de Un (01) Procesos o Procedimientos (Asistenciales o Administrativos) orientados a los usuarios externos, aprobados e incorporados en el MAPRO institucional o similar	ANUAL	Planeamiento / Jefaturas de Departamento - Oficinas Administrativas	X				





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Hospital Nacional "Victor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
- "Año de la Consolidación del Mar de Grau"

EJE 2: CULTURA DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	INDICADOR TRAZADOR	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN	META DE CUMPLIMIENTO	META DE IMPACTO	PERIODICIDAD DE REPORTE	RESPONSABLE	PROGRAMACIÓN 2017			
								I	II	III	IV
2.2.Promover una Cultura por la Mejora Continua de la Calidad	IND 8: Elaboración de Proyectos de Mejora Continua	Proyectos de Mejora continua elaborado que cumple las etapas y procesos según la normatividad vigente. Clasificación de Proyectos de Mejora según su Etapa de Desarrollo.	Informe de avance de los proyectos de mejora continua de la Calidad	Dos Informes (02)	≥ 01 Proyecto de Mejora continua en Etapa de Seguimiento.	SEMESTRAL	Jefaturas de Departamento y Servicio / Jefaturas Administrativas / Calidad			X	X
2.3.Optimizar y Mejorar Procesos Críticos ( Desarrollo de Proyectos de MCC)	IND 9: Proyectos de Mejora orientados a mejorar procesos críticos en Etapa de Institucionalización	Procesos Críticos: • Tiempo de Espera en Consulta Externa • Reclamos más frecuentes • Riesgos en la Atención en salud • Observaciones Identificadas por SUSALUD. • Implementación de la Lista de Verificación de Seguridad en la Cirugía • 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 / Calidad		X		





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Hospital Nacional "Víctor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"

"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

EJE 3: GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	INDICADOR TRAZADOR	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN	META DE CUMPLIMIENTO	META DE IMPACTO	META DE IMPACTO	RESPONSABLE	PROGRAMACIÓN 2017			
								I	II	III	IV
3.1.Fortalecer competencias en Promoción y Protección del Derecho de los Usuarios de los Servicios de Salud	IND 10: Personal del OO.DD. Entrenados en Promoción y Protección del Derecho de los Usuarios de los Servicios de Salud	Personal de los OO.DD. De la Plataforma de Atención al Usuario en Salud	Informe sobre las capacitaciones referente 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	Recursos Humanos		X		X
3.2.Fortalecer competencias en Humanización de la Atención en Salud	IND 11: Personal administrativo y asistencial de la Unidad Ejecutora entrenado en Humanización de la Atención.	Personal administrativo y asistencial de la Unidad Ejecutora entrenado en Humanización de la Atención.	Informe sobre capacitación en Humanización de la Atención. Personal Administrativo y Asistencial de la Unidad Ejecutora preseleccionado.	Dos (02) Informes de capacitación	≥ 90% de Personal administrativo y asistencial preseleccionados, capacitados en Humanización de la Atención	SEMESTRAL	Recursos Humanos		X		X
	IND 12: Reconocimiento del "Agente Humanizador de cuerpo y alma"	Identificación y Reconocimiento del "Agente Humanizador de cuerpo y alma", según lo establecido	Informe sobre actividad de Reconocimiento	Dos (02) Informes de Actividad de Reconocimiento	≥ 04 colaboradores reconocidos como "Agentes Humanizadores de cuerpo y alma"	SEMESTRAL	Dirección / Recursos Humanos		X		X
3.3.Fortalecer el Sistema de Orientación-Absolución de Reclamos	IND 13: 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	Reporte consolidado de la instalación y funcionamiento de la Plataforma de Atención al Usuario	Un (01) Informe de Implementación de la PAUS según normatividad	Plataforma de Atención al Usuario instalada y operativa según normatividad al I Semestre	ANUAL	Dirección / PAUS / Calidad		X		X
	IND 14: Libro de Reclamaciones implementado y funcionando	Libro de Reclamaciones para el registro de los reclamos de los usuarios externos de las IPRESS	Reporte consolidado de reclamos del Libro de Reclamaciones de la IPRESS	Doce (12) Reportes de reclamos registrados y resueltos	100% de los reclamos se resuelven en los plazos establecidos.	MENSUAL	PAUS / Calidad	X	X	X	X





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Hospital Nacional "Víctor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

3.4. Supervisar la Implementación del Proceso de Promoción y Protección del Derecho	IND 15: Autoevaluación de los criterios normativos del Libro de Reclamaciones y Plataforma de Atención al Usuario en Salud	Autoevaluación de los criterios utilizados por SUSALUD para supervisar el Libro de Reclamaciones y de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud	Informe de autoevaluación de los Criterios normativos del Libro de Reclamaciones y de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud	Cuatro (04) Informes de Autoevaluación de cumplimiento normativo	100% de los criterios normativos de autoevaluación implementados	TRIMESTRAL	PAUS / Calidad	X	X	X	X
	IND 16: Implementación de las recomendaciones, acciones de mejora y acciones correctivas descritas en el Informe de Supervisión a la PAUS por parte 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 Infracciones y Sanciones de SUSALUD.	Informe de seguimiento sobre el estado de implementación de las recomendaciones, acciones de mejora y acciones correctivas descritas en el Informe de Supervisión a la PAUS por parte de SUSALUD	Cuatro (04) Informes de seguimiento	≥ 95% de implementación de las acciones correctivas dentro de los plazos establecidos	TRIMESTRAL	Dirección / PAUS	X	X	X	X
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)	IND 17: Satisfacción de Usuarios Externos	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 establecimientos de salud con categoría I-3 al III-2.	Informe sobre los resultados de la medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa/hospitalización/emergencia, en las IPRESS	Un (01) Informe de Encuesta de Satisfacción del Usuario	Incremento ≥ al 5%, respecto a la última medición de satisfacción del usuario externo.	ANUAL	Calidad / PAUS		X		
	IND 18: Acciones de mejora Implementados en base a los resultados de la encuesta de satisfacción del usuario externo aplicado mediante la metodología de SERVQUAL Modificado.	Informe de Encuesta de Satisfacción del Usuario	Informe sobre las acciones de mejora implementado en base a los resultados de la encuesta de satisfacción del usuario externo aplicado mediante la metodología de SERVQUAL Modificado.	Dos (02) Informes sobre las acciones de mejora implementados en base a los resultados de la encuesta de satisfacción	≥ 80% de las acciones de mejora se han implementado en los plazos establecidos.	SEMESTRAL	Dirección / Jefaturas de Departamento y Servicio / Jefaturas Administrativas Calidad				X





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Hospital Nacional "Victor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

3.7. Fortalecer la Imagen Institucional de los OODD - IGSS respecto a la Calidad de Atención y el respeto por los Derechos de las Personas	IND 21: Difusión de los Derechos de las Personas Usuarias de los servicios de salud	Material comunicacional y metodologías participativas sobre los Derechos de las Personas usuarias de los servicios de salud	Material de difusión de los Derechos de las Personas usuarias de los servicios de salud, elaborado con enfoque intercultural y difundido	Un (01) informe de la campaña de difusión de los Derechos de las Personas usuarias de los servicios de salud,	≥ 200 personas acceden a la difusión de los Derechos de las Personas usuarias de los servicios de salud,	ANUAL	Calidad / PAUS				X
--	---	---	--	---	--	-------	----------------	--	--	--	---





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Hospital Nacional "Víctor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

EJE 4: GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	INDICADOR TRAZADOR	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN	META DE CUMPLIMIENTO	META DE IMPACTO	META DE IMPACTO	RESPONSABLE	PROGRAMACIÓN 2017				
								I	II	III	IV	
4.1..Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo	IND 22: Jefaturas de Departamento y Servicio con equipos entrenados en Rondas de Seguridad del Paciente	Actividades de capacitación dirigida a las jefaturas de departamento y servicio, referente a las Rondas de Seguridad del Paciente.	Informe de capacitación en Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente. Listado de Jefaturas Administrativas y Asistenciales de la IPRESS.	Un (01) Informe de capacitación	≥ 80% de Jefaturas Administrativas y Asistenciales entrenados en Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente	ANUAL	Recursos Humanos	X				
	IND 23: Jefaturas de Departamento y Servicio con equipos entrenados en Auditoria de la Calidad de Atención en Salud	Actividades de capacitación dirigido a las jefaturas de departamento y servicio referente a Auditoria de la Calidad de Atención en Salud	Informe de capacitación en Auditoría de la Calidad de Atención en Salud. Listado de Jefaturas Administrativas y Asistenciales de la IPRESS.	Un (01) Informe de capacitación	≥ 80% de Jefaturas Administrativas y Asistenciales entrenados en Auditoria de la Calidad de Atención en Salud	ANUAL	Recursos Humanos		X			
4.2.Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación - Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso	IND 24: Jefaturas de Departamento y Servicio con equipos entrenados en notificación de eventos adversos	Actividades de capacitación dirigida a las jefaturas de departamento y servicio referente a Notificación de Eventos Adversos.	Informe de capacitación en Notificación de Eventos Adversos. Listado de Jefaturas Administrativas y Asistenciales de la IPRESS.	Un (01) Informe de capacitación	≥ 80% de Jefaturas Administrativas y Asistenciales entrenados en Notificación de Eventos Adversos.	ANUAL	Recursos Humanos	X				
	IND 25: Jefaturas de Departamento y Servicio con equipos entrenados en análisis de eventos centinelas	Actividades de capacitación dirigido a las jefaturas de departamento y servicio referente a análisis de eventos centinelas	Informe de capacitación en análisis de eventos centinelas. Listado de Jefaturas Administrativas y Asistenciales de la IPRESS.	Un (01) Informe de capacitación	≥ 80% de Jefaturas Administrativas y Asistenciales entrenados en análisis de eventos centinelas	ANUAL	Recursos Humanos	X				
4.3.Promover una Cultura basada en el aprendizaje del error - Cultura de Seguridad	IND 26: Nº de Guías de Práctica Clínica oficializadas con RD x UPSS.	Evaluación de la adherencia a las guías de practica clínica de áreas y procedimientos priorizadas.	Reporte del listado de las Guías de Práctica Clínica por UPSS, oficializadas con RD.	Un (01) Reporte del Listado de GCP oficializadas con RD x UPSS.	≥ 10 Guías de Práctica Clínica por UPSS aprobadas con RD.	ANUAL	Dirección / Jefaturas de Departamento y Servicio	X				





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Hospital Nacional "Víctor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

	IND 27: Nº de Fichas de Verificación de Guías de Práctica Clínica x UPSS.		Reporte del listado de Fichas de Verificación de las GCP por UPSS (solo de las GPC oficializadas).	Un (01) Reporte del Listado de Fichas de Verificación de GPC x UPSS.	≥ 10 Fichas de Verificación de Guías de Práctica Clínica por UPSS.	ANUAL	Dirección / Jefaturas de Departamento y Servicio				X	
	IND 28: Adherencia a guías de práctica clínica por UPSS (%)		Informe de adherencia al uso de guías de práctica clínica por UPSS.	Dos (02) Informes de evaluación de la Adherencia	≥ 50 % de adherencia al uso de GPC x UPSS	SEMESTRAL	Jefaturas de Departamento y Servicio / Calidad				X	
4.4.Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente (Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente)	IND 31: Rondas de Seguridad Ejecutadas	Rondas de Seguridad del Paciente, es una herramienta de calidad, que permite evaluar la ejecución de las Buenas prácticas de la atención en salud.	Informe Trimestral de Rondas de Seguridad Ejecutadas	Cuatro (04) Informes de Ejecución de Rondas de Seguridad	≥ 90% de Rondas de Seguridad ejecutadas en la Institución Prestadora de Servicio de Salud	TRIMESTRAL	Dirección / Calidad	X	X	X	X	
	IND 32: Cumplimiento de Buenas Prácticas en la IPRESS	Buenas prácticas de la atención en salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud	Informe Trimestral de Rondas de Seguridad Ejecutadas.	Cuatro (04) reportes de los Resultados de las Rondas de Seguridad Ejecutadas	≥ 90% de Cumplimiento de Buenas Prácticas en las IPRESS por Ronda de Seguridad.	TRIMESTRAL	Calidad	X	X	X	X	
4.5.Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error	INDI 33: Acciones de Mejora post ronda implementadas (Gestión del Riesgo y las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente)	Elaboración del plan de acción para las practicas inseguras encontradas en la Ronda de Seguridad del Paciente	Informe Trimestral de Cumplimiento de Acciones de Mejora Post Ronda Reporte de acciones orientadas a gestionar y mitigar los riesgos durante la atención de salud identificadas en las Rondas de Seguridad	Cuatro (04) Informes de acciones orientadas a gestionar y mitigar los riesgos durante la atención de salud (Post ronda)	≥ 90% de las Acciones de Mejora Post Ronda se encuentran implementadas en los plazos establecidos.	TRIMESTRAL	Calidad / Jefaturas de Departamento - Oficinas Administrativas	X	X	X	X	
	IND 34: Resolución de conformación de los Comités de Auditoría de la Calidad aprobado con RD.	Proceso de análisis crítico de la atención en relación a guías de práctica clínica y protocolos de atención, así como el seguimiento a de recomendaciones.	Resoluciones de conformación de los Comités de Auditoría de la Calidad (Médica y de Salud) actualizados y aprobados con RD.	Dos (02) Resoluciones de conformación de los Comités de Auditoría de la Calidad.	Resoluciones de conformación del Comité de Auditoría de la Calidad actualizados	ANUAL	Dirección	X				





	IND 35: Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud		Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	Un (01) Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud según modelo preestablecido	ANUAL	Comités de Auditoría / Calidad	X				
	IND 36: Ejecución del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud		Informes Trimestral de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud que contenga: Avances del Plan anual de auditoría de la Calidad,	Cuatro (04) Informes de Ejecución del Plan Anual de Auditoría	≥ 90% del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud Ejecutada	TRIMESTRAL	Comités de Auditoría / Jefaturas de Departamento y Servicios / Calidad	X	X	X	X	
4.6. Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela	IND 37: UPSS / Servicios 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 de Salud del Primer Nivel de Atención que Reportan Eventos Adversos en la IPRESS	Fichas de Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas de cada UPSS o Servicios, Matriz de Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas de la IPRESS	Doce (12) Reportes de Notificación de Eventos Adversos	≥ 90% de UPSS / Servicios de Salud Reportan Eventos Adversos	MENSUAL	Jefaturas de Departamento y Servicio / Epidemiología / Calidad	X	X	X	X	
	IND 38: 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 - Definición de Plan de Acción	Consolidado de Eventos Adversos, Sistema de Notificación de Eventos Adversos.	Doce (12) Reportes de Eventos Centinelas Analizados	Porcentaje de Eventos Centinelas Analizados: I y II Nivel de Atención: ≥ 60% III Nivel de Atención: ≥ 85%	MENSUAL	Comité de Análisis de Eventos Centinelas/ Calidad	X	X	X	X	
4.7. Contribuir a la Reducción de Riesgos asociados a la prestación del seguimiento a los Planes de Mitigación de Riesgos.	IND 39: 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 Infracciones y Sanciones de SUSALUD.	Informe de seguimiento sobre el estado de implementación de las recomendaciones, acciones de mejora y acciones correctivas descritas en el Plan de Mitigación de Riesgos de SUSALUD	Cuatro (04) Informes de seguimiento	≥ 95% de implementación del Plan de Mitigación de Riesgos de SUSALUD dentro de los plazos establecidos	TRIMESTRAL	Dirección / Jefaturas de Departamento y Servicio / Calidad	X	X	X	X	





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Hospital Nacional "Víctor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

EJE 5: ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	INDICADOR TRAZADOR	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN	META DE CUMPLIMIENTO	META DE IMPACTO	META DE IMPACTO	RESPONSABLE	PROGRAMACIÓN 2017			
								I	II	III	IV
5.1. Fortalecer la Organización de la Calidad en los OODD	IN40: Ejecución del Plan Anual de Gestión de Calidad y Derechos de las Personas	Ejecución del Plan Anual de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas.	Informe del cumplimiento del Plan de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas	Cuatro (04) Informes sobre la Ejecución del Plan Anual de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas	≥ 90% de Ejecución del Plan Anual de Gestión de Calidad y Derechos de las Personas, según programación inicial	TRIMESTRAL	Dirección /Calidad	X	X	X	X
	IND 41: Responsables de las Oficinas / Equipos de Gestión de la Calidad designados / encargados formalmente	Designación oficial del responsable de Gestión de la Calidad a nivel de los OODD	R.D. donde se designa al responsable de Gestión de la Calidad en Salud a nivel de los OODD	Una (01) Resolución Directoral que designa al responsable de Gestión de la Calidad en Salud de la IPRESS.	Resolución Directoral del Equipo de Gestión de la Calidad actualizada.	ANUAL	Dirección	X			
5.2.Promover condiciones del ambiente de trabajo adecuados para la gestión de la calidad y derechos de las personas	IND 42: Estudio de Clima Organizacional del OODD	Estudio del clima organizacional en los OO.DD., conforme a normatividad.	Informe de la medición del Estudio de Clima Organizacional.	Un (01) Informe de la medición del Estudio de Clima Organizacional.	≥ 84 puntos en el resultado del estudio de Clima Organizacional ó Incremento ≥ a 15 puntos en el resultado de Clima Organizacional respecto a la última realizada.	ANUAL	Recursos Humanos		X		
	IND 43: Acciones de Mejora del Clima Organizacional	Implementación de acciones de mejora del clima organizacional en los establecimientos de salud, en base a los resultados del estudio realizado. Acta de compromisos post estudio de Clima	Informe de Ejecución del Plan de Intervención del Estudio de Clima Organizacional (utilizar el último estudio como referencia y el acta suscrita)	Dos (02) Informes de Ejecución del Plan de Intervención del Estudio de Clima Organizacional.	≥ 60% del Plan de Intervención del Estudio de Clima Organizacional Implementado dentro de los plazos señalados	SEMESTRAL	Recursos Humanos		X		





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Hospital Nacional "Victor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

5.3.Alinear los procesos de gestión de la calidad y derechos de las personas a los Lineamientos Sectoriales	IND 44: 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 en el marco de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas	Informe de difusión y socialización de documentos técnicos. Listado de Jefaturas Administrativas y Asistenciales de la IPRESS.	Dos (02) Informes de Difusión de normatividad en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas.	≥ 80% de Jefaturas Administrativas y Asistenciales han sido socializados con la normatividad en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas.	SEMESTRAL	Dirección / Calidad / PAUS			X	X
---	--	--	--	--	---	-----------	----------------------------	--	--	---	---





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Hospital Nacional "Victor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

EJE 6: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN SANITARIA E INVESTIGACIÓN PARA LA CALIDAD

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	INDICADOR TRAZADOR	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN	META DE CUMPLIMIENTO	META DE IMPACTO	META DE IMPACTO	RESPONSABLE	PROGRAMACIÓN 2017				
								I	II	III	IV	
6.1.Fortalecer el Sistema de Información Gerencial en la Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas	IND 45: Utilización de herramientas estadísticas de calidad, en los informes elaborados por la Oficina de Gestión de Calidad.	Herramientas estadísticas de calidad: Histogramas lineal Gráfico circular Diagrama de Pareto Diagrama de dispersión Gráficos de control	Informe emitido por los OODD con los resultados de aplicación de la herramienta estadística de calidad.	Un (01) Análisis Situacional de Salud del Establecimiento	El Análisis Situacional de Salud del Establecimiento o Red de Salud, que utiliza herramientas estadísticas de calidad	ANUAL	Dirección		X			
6.2 Fortalecer el Sistema de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud	IND 46: Personal de Salud integrante del Equipo de Prevención y control Integral de IAAS/IIH entrenados 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 mediante actividades de capacitación referente a las Normas Técnicas de Salud: Prevención y Control de IAAS/ IIH vigentes.	Informe sobre las capacitaciones realizadas a los equipos de prevención y control internos. Listado del Personal del Equipo de Prevención y control Integral de IAAS/IIH	Un (01) Informe de capacitación	≥ 90% de Personal de Salud integrante del Equipo de Prevención y control Integral de IAAS/IIH capacitados	ANUAL	Recursos Humanos		X			
	IND 47: Implementación de Comités de Prevención y Control de IAAS, conformado oficialmente y operativo	Implementación y monitoreo de la operatividad de los Comités de Prevención y Control de IAAS, operativos a nivel regional y local.	Informe con los avances de la implementación del monitoreo, evaluación y supervisión del plan de Prevención y Control de IAAS.	Un (01) Documento	R.D. actualizado de conformación del Comité de Prevención y Control de IAAS	ANUAL	Dirección		X			





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Hospital Nacional "Víctor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

	IND 48: Equipos de Prevención y control Internos que aprobaron la Evaluación Integral de la Prevención y control Internos de IAAS/IIH	Evaluar los Procesos de Prevención y Control de las IAAS referente a la Implementación de los Planes y Normas Técnicas de Salud: Prevención y Control de IAAS/ IIH vigentes.	Informe sobre las autoevaluaciones realizadas a los equipos de prevención y control internos y por la evaluación externa del IGSS.	Dos (02) Informes de evaluación a los Equipos de Prevención y Control Internos de IAAS/IIH	≥ 75% Cumplimiento de Estándares de Evaluación.	SEMESTRAL	Comité de IAAS-IIH/ Epidemiología		X		X
6.3 Fortalecer la Implementación de prácticas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud basadas en evidencia.	IND 49: 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 de uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	Informe sobre las capacitaciones realizadas a los equipos de prevención y control internos sobre el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS	Un (01) Informe de capacitación	≥ 90% de Personal de Salud integrante del Equipo de Prevención y control Integral de IAAS/IIH capacitados en el Uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS	ANUAL	Recursos Humanos		X		
	IND 50: 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	Informe con los resultados del monitoreo, evaluación y supervisión de la "Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud"	Dos (02) Informes de monitoreo, evaluación y supervisión	≥ 80% de cumplimiento de los criterios de la "Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud"	SEMESTRAL	Comité de IAAS-IIH/ Epidemiología		X		
6.4 Fortalecer el Uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales.	IND 51: Personal de Salud integrante del Equipo de Prevención y control Integral entrenados en uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales	Fortalecer competencias en los Procesos de Uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales.	Informe sobre las capacitaciones realizadas a los equipos de prevención y control internos.	Un (01) Informe de capacitación	≥ 90% de Personal de Salud integrante del Equipo de Prevención y control Integral de IAAS/IIH capacitados en uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales	ANUAL	Comité de IAAS-IIH/ Epidemiología	X			





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Hospital Nacional "Víctor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

6.5 Promover la investigación en Calidad en Salud.	IND 52: Proyecto de investigación en Calidad en Salud	Elaboración y desarrollo de Proyectos de investigación en Calidad en Salud, orientados a la mejora de la calidad de atención en salud.	Informe sobre proyectos de investigación desarrollados y fase en el que se encuentran.	Un (01) Informe sobre el Proyecto de Investigación.	≥ Un (01) Proyecto de Investigación en Calidad en Salud aprobado	ANUAL	Docencia e Investigación / Desarrollo Institucional / Calidad				X
--	---	--	--	---	--	-------	---	--	--	--	---

Ministerio de Salud  
 Instituto de Gestión de Servicios de Salud  
 Hospital "Víctor Larco Herrera"  
 .....  
 Med. Carlos Alexis Salgado Valenzuela  
 Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad  
 C.M.P. N° 26294 R.N.E. N° 15522

