



Dirección General

## RESOLUCION DIRECTORAL

N° 022-2019-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 31 de Enero de 2019

**Visto;** la Nota Informativa N° 017-2019-OGC-HVLH/MINSA, emitido por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Víctor Larco Herrera;

### CONSIDERANDO:

Que, mediante la Ley N° 29889, se modifica el artículo 11° de la Ley 26842, señalándose que toda persona tiene derecho a gozar del más alto nivel posible de salud mental, sin discriminación. El Estado garantiza la disponibilidad de programas y servicios para la atención de la salud mental en número suficiente, en todo el territorio nacional; y el acceso a prestaciones de salud mental adecuadas y de calidad, incluyendo intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación;

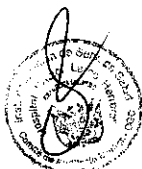
Que mediante Decreto Supremo N° 033-2015-SA, se aprueba el Reglamento de la Ley 29889 Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, con la finalidad que se permita garantizar que las personas con problemas de salud mental tengan acceso universal y equitativo a las intervenciones de promoción y protección de la salud, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación psicosocial, con visión integral y enfoque comunitario, derechos humanos, género e interculturalidad, en los diferentes niveles de atención;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el documento "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" el cual tiene como objetivo establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los Servicios de Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, se aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.V2 "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud", con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de atención en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del Sector Salud; siendo su objetivo general, establecer los lineamientos técnicos y metodológicos para realizar la auditoría de la calidad de la atención en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, sean públicos, privados o mixtos;

Que, el artículo 8° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera", aprobado mediante Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA, determina los objetivos funcionales generales asignados al Hospital, encontrándose entre ellos, el inciso d) Mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención de psiquiatría y salud mental, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su familia;

Que, mediante documento del Visto, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, hace llegar a la Dirección General el Plan Anual de Gestión de Calidad - 2019 y solicita su aprobación mediante el correspondiente acto de administración;



Que, asimismo, el Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, mediante Nota Informativa N° 015-2019-OEPE/HVLH, indica que el Documento Técnico Denominado: "plan Anual de Gestión de la Calidad - 2019", cumple con las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", aprobado por Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA; por lo que cuenta con el visto bueno, para su aprobación a través del acto de administración correspondiente;

Que, de acuerdo a lo expuesto por convenir a los intereses funcionales que permitan un mejor cumplimiento de los fines y objetivos de la institución, resulta necesario formalizar la aprobación mediante en pertinente acto de administración;

Estando a lo informado por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Víctor Larco Herrera;

Con la visación del Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Víctor Larco Herrera; y,

De conformidad con lo previsto en el literal c) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera", aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA.

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.-** Aprobar el documento denominado: "**PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - 2019**" del Hospital Víctor Larco Herrera, el mismo que contiene catorce (14) folios, debidamente visados, que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

**Artículo 2°.-** Encargar a la Oficina de Gestión de la Calidad su implementación y cumplimiento.

**Artículo 3°.-** Disponer la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional del Hospital Víctor Larco Herrera ([www.larcoherrera.gob.pe](http://www.larcoherrera.gob.pe))

Regístrese y comuníquese

Ministerio de Salud  
Hospital Víctor Larco Herrera  
Med. Elizabeth M. Rivera Chávez  
Directora General  
C.M.P. 242B2 R.N.E. 10693

EMRCH/MYRV/  
c.c. Oficina de Asesoría Jurídica  
Oficina de Gestión de la Calidad  
Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico



## PLAN ANUAL DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD 2019

### INTRODUCCIÓN

En el Perú la salud mental es una prioridad del Sector Salud, por lo que nuestro país requiere contar con servicios de salud con capacidad resolutive 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 asume el desafío de responder a las prioridades del Sector, balanceando sus acciones y recursos hacia la calidad de la atención.

Los lineamientos que se plantean en el Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad incorpora el proceso de autoevaluación y acreditación, acciones de mejora, seguimiento, ejecución de proyectos de mejora, satisfacción del usuario externo, medición del tiempo de espera, plataforma de atención al usuario, seguridad del paciente y acciones de auditoría, cuyas actividades serán informadas de manera trimestral a la Dirección General.





## I.- FINALIDAD Y JUSTIFICACIÓN TÉCNICA

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

### OBJETIVOS

#### Objetivo General

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

#### Objetivos específicos

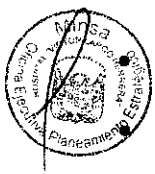
- OE 1: Gestión de procesos para la certificación /acreditación
- OE 2: Cultura de la calidad y mejora continua
- OE 3: Gestión de la satisfacción del usuario externo
- OE 4: Gestión de la Plataforma de atención al usuario
- OE 5: Gestión del riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente
- OE 6: Gestión de la información sanitaria e investigación para la calidad

## II.- AMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan aplica para todas las Oficinas, Departamentos y Servicios del hospital.

## III.- BASE LEGAL

- Ley N°26842, "Ley General de Salud" y sus modificatorias.
- Ley N°27658, "Ley Marco de Modernización de la Gestión del estado"
- Decreto Supremo N° 033-2015-SA que aprobó el Reglamento de la ley N° 29889 Ley que modifica el artículo 11 de la ley N°26842 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°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.
- Decreto Supremo N° 030-2016-SA que aprueba el Reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas de los usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud – IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud –IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – UGIPRESS, públicas, privadas y mixtas.
- 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".
- Resolución Ministerial N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".

#### IV.- DISPOSICIONES GENERALES

##### OE 1: Gestión de procesos para la certificación /acreditación



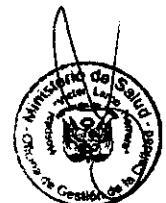
- 1.1. Fortalecer competencias en el Proceso de Evaluación Integral de la Calidad para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
- 1.2. Desarrollar el Proceso de Acreditación / Certificación Institucional

##### 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

##### OE 3: Gestión de la Satisfacción del usuario externo

- 3.1 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 de usuario en consulta externa / hospitalización / emergencia).





#### **OE 4: Gestión de la Plataforma de atención al usuario**

- 4.1 Fortalecer competencias en Promoción y Protección del Derecho de los Usuarios de los Servicios de Salud.
- 4.2 Fortalecer el Sistema de Orientación – Absolución de Reclamos
- 4.3 Supervisar la implementación del Proceso de Promoción y Protección del Derecho
- 4.4 Fortalecer la imagen institucional de los OODD-IGSS respecto a la Calidad de Atención y el respeto por los Derechos de las Personas.

#### **OE 5: Gestión del riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente.**

- 5.1 Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo
- 5.2 Fortalecer el Sistema de Registro – Notificación – Análisis y Mejora del Incidente, Evento Adverso y Análisis de Eventos Centinelas para la Seguridad del paciente.
- 5.3 Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error.
- 5.4 Promover una Cultura basada en el aprendizaje del error – Cultura de Seguridad

#### **OE 6: Gestión de la información sanitaria e investigación para la calidad.**

- 6.1 Fortalecer el Sistema de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.
- 6.2 Fortalecer la implementación de prácticas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud basadas en evidencia.
- 6.3 Promover la investigación en Calidad en Salud.

### **V.- DISPOSICIONES ESPECÍFICAS**

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

#### **OE 1: Gestión de procesos para la certificación /acreditación**

- IND 1: Evaluadores internos entrenados en la Norma Técnica de Salud: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- IND 2: Autoevaluación para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo vigente.
- IND 3: Seguimiento al Plan de Mejora post Autoevaluación.

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

- IND 4: Personal de Salud que conforman los Equipos de Mejora entrenados en Proyectos de Mejora Continua de la Calidad.
- IND 5: Proyecto de Mejora Continua implementado.
- IND 6: Acciones de Mejora orientados a mejorar procesos críticos.





### OE 3: Gestión de la Satisfacción del usuario externo

- IND 07: Satisfacción de Usuarios Externos.
- IND 08: Acciones de mejora Implementados en base a los resultados de la encuesta de satisfacción del usuario externo aplicado mediante la metodología de SERVQUAL - Modificado.

### OE 4: Gestión de la Plataforma de atención al usuario

- IND 09: Personal administrativo y asistencial de la Unidad Ejecutora entrenado en Humanización de la Atención y Difusión de normatividad en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas.
- IND 10: Libro de Reclamaciones implementado y funcionando.
- IND 11: Autoevaluación de los criterios normativos del Libro de Reclamaciones y Plataforma de Atención al Usuario en Salud.
- IND 12: Difusión de los Derechos de las Personas Usuarías de los servicios de salud.

### OE 5: Gestión del riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente.

- IND 13: Jefaturas de Departamento y Servicio con equipos capacitados en Rondas de Seguridad del Paciente y en Notificación de Eventos Adversos y Análisis de Eventos Centinelas.
- IND 14: Jefaturas de Departamento y Servicio con equipos capacitados en Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- IND 15: Rondas de Seguridad Ejecutadas.
- IND 16: Eventos Adversos notificados y Eventos Centinela analizados.
- IND 17: Acciones de Mejora post ronda implementadas (Gestión del Riesgo y las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente).
- IND 18: Ejecución del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- IND 19: N° de Guías de Práctica Clínica oficializadas con RD x UPSS.
- IND 20: N° de Fichas de Verificación de Guías de Práctica Clínica x UPSS.
- IND 21: Adherencia a guías de práctica clínica por UPSS (%).

### OE 6: Gestión de la información sanitaria e investigación para la calidad.

- IND 22: 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 23: 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 24: Proyecto de investigación en Calidad en Salud.





PERÚ

Ministerio  
de Salud

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

## VI.- RESPONSABILIDADES

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

## VII.- ANEXOS

Anexo N° 01: Matriz de programación de actividades de la OGC - Periodo 2019.







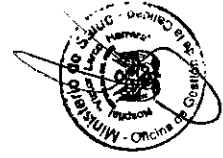
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"



**MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - PERÍODO 2019**

**EJE 1: GESTIÓN DE PROCESOS PARA LA CERTIFICACIÓN / ACREDITACIÓN**

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADOR TRAZADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN	META DE CUMPLIMIENTO	META DE IMPACTO	PERIODICIDAD DE REPORTE	RESPONSABLE	PROGRAMACIÓN 2019				
								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: 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	Dirección / Oficina de Gestión de la Calidad			X		
	IND 2: 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	
1.2. Desarrollar el Proceso de Acreditación / Certificación Institucional	IND 3: Seguimiento al 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 año anterior.	Un (01) Informe de Seguimiento	≥ 50% de implementación del mejoras elaborado a partir de la última Autoevaluación.	ANUAL	Dirección / Calidad / Jefaturas de Departamento - Oficinas Administrativas					X





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"



**EJE 2 : CULTURA DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA**

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	INDICADOR TRAZADOR	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACION	META DE CUMPLIMIENTO	META DE IMPACTO	PERIODICIDAD DE REPORTE	RESPONSABLE	PROGRAMACIÓN 2019				
								I	II	III	IV	
2.1 Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad	IND 4: Personal de Salud que conforman los Equipos de Mejora entrenados en Proyectos de Mejora Continua de la Calidad.	Actividades de capacitación dirigida al personal que conforma el Equipo de Mejora.	Informe sobre capacitación en proyectos de mejora continua de la calidad.	Un (01) Informe sobre capacitación	≥ 70% personal capacitados en Proyecto de Mejora Continua	ANUAL	Dirección / Calidad	X				
2.2.Promover una Cultura por la Mejora Continua de la Calidad	IND 5: Proyecto de Mejora Continua implementado.	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 del proyecto de mejora continua de la Calidad	Dos (02) Informes	≥ 01 Proyecto de Mejora Continua en Etapa de Seguimiento y Ejecución en el 2019.	SEMESTRAL	Jefaturas de Departamento y Servicio / Jefaturas Administrativas / Calidad		X			X
2.3.Optimizar y Mejorar Procesos Críticos ( Desarrollo de Acciones de Mejora Continua de la Calidad)	IND 6: Acciones de Mejora orientados a mejorar procesos críticos.	Procesos Críticos: • Tiempo de Espera en Consulta Externa • Reclamos más frecuentes • Riesgos en la Atención en salud • Observaciones identificadas por SUSALUD. • Observaciones en la Autoevaluación para la acreditación.	Informe sobre Proyecto de Mejora de Proceso sobre Crítico.	Un (01) Informe sobre proyecto institucionalizado	≥ 01 Acciones de Mejora continua orientados a Proceso Crítico, en Etapa de Estandarización e Institucionalización durante el 2018.	ANUAL	Dirección / Jefaturas de Departamento - Oficinas Administrativas / Calidad				X	

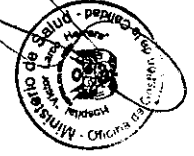




"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

**EJE 3: GESTION DE LA SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO**

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	INDICADOR TRAZADOR	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACION	META DE CUMPLIMIENTO	META DE IMPACTO	PERIODICIDAD DE REPORTE	RESPONSABLE	PROGRAMACIÓN 2019				
								I	II	III	IV	
3.1 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 07: 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 $\geq$ al 5%, respecto a la última medición de satisfacción del usuario externo.	ANUAL	Oficina de Calidad			X		
	IND 08: Acciones de mejora implementadas 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.	Un (01) Informe sobre las acciones de mejora implementados en base a los resultados de la encuesta de satisfacción del año anterior.	$\geq$ 80% de las acciones de mejora se han implementado en los plazos establecidos.	ANUAL	Dirección / Jefaturas de Departamento y Servicio / Jefaturas Administrativas Calidad			X		

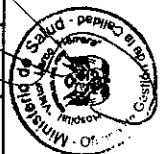




"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

**EJE 4: GESTIÓN DE LA PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO**

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	INDICADOR TRAZADOR	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACION	META DE CUMPLIMIENTO	META DE IMPACTO	PERIODICIDAD DE REPORTE	RESPONSABLE	PROGRAMACIÓN 2019				
								I	II	III	IV	
4.1. Fortalecer competencias en Promoción y Protección del Derecho de los Usuarios de los Servicios de Salud	IND 09: Personal administrativo y asistencial de la Unidad Ejecutora entrenado en Humanización de la Atención. Difusión de normatividad en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas.	Personal administrativo y asistencial de la Unidad Ejecutora entrenado en Humanización de la Atención. Difusión y socialización de documentos técnicos en el marco de Gestión de calidad y derechos de las personas.	Informe sobre capacitación en Humanización de la Atención e Informe de difusión y socialización de documentos técnicos.	Dos (02) Informes: De capacitación y de Difusión de normatividad en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas	≥ 90% de Personal administrativo y asistencial capacitados en Humanización de la Atención y Jefaturas socializadas en normatividad en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas.	SEMESTRAL	Oficina de Gestión de la Calidad		X			X
4.2. Fortalecer el Sistema de Orientación - Absolución de Reclamos	IND. 10: Libro de Reclamaciones implementado y funcionando	Libro de Reclamaciones para el registro de reclamos de los usuarios externos de las IPRESS.	Reporte consolidado de Reclamaciones de la IPRESS.	Cuatro (04) reportes de reclamos registrados y reclamos resueltos	≥ 80% de los reclamos se resuelven en los plazos establecidos	TRIMESTRAL	PAUS / Calidad	X	X	X		X
4.3. Supervisar la Implementación del Proceso de Promoción y Protección del Derecho	IND 11: 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
4.4. Fortalecer la Imagen Institucional de los OODD - IGSS respecto a la Calidad de Atención y el respeto por los Derechos de las Personas	IND 12: Difusión de los Derechos de las Personas Usuarías de los servicios de salud	Materiales comunicacionales y metodologías participativas sobre los Derechos de las Personas usuarias de los servicios de salud	Materiales 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				





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"



**EJE 5: GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE**

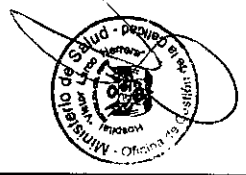
OBJETIVOS ESTRATEGICOS	INDICADOR TRAZADOR	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACION	META DE CUMPLIMIENTO	META DE IMPACTO	PERIODICIDAD DE REPORTE	RESPONSABLE	PROGRAMACIÓN 2019				
								I	II	III	IV	
5.1. Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo	IND 13: Jefaturas de Departamento y Servicio con equipos capacitados en Rondas de Seguridad del Paciente y en Notificación de Eventos adversos y Análisis de eventos centinelas.	Actividades de capacitación dirigida a las jefaturas de departamento y servicio, referente a las Rondas de Seguridad del Paciente, Notificación de Eventos Adversos y Análisis de Eventos Centinelas.	Informe de capacitación en Rondas de Seguridad, Notificación de Eventos Adversos y Análisis de Eventos Centinelas.  Listado de Jefaturas Administrativas y Asistenciales de la IPRESS.	Un (01) Informe de capacitación	≥ 80% de Jefaturas Administrativas y Asistenciales capacitados en Rondas de Seguridad, Notificación de Eventos Adversos y Análisis de Eventos Centinelas.	ANUAL	Oficina de Gestión de la Calidad	X				
	IND 14: Jefaturas de Departamento y Servicio con equipos capacitados en Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	Actividades de capacitación dirigida a las jefaturas de departamento y servicio referente a Auditoría 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 capacitados en Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	ANUAL	Oficina de Gestión de la Calidad	X				
5.2. Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación - Análisis y Mejora del Incidente, Evento Adverso y Análisis de Eventos Centinelas para la Seguridad del paciente.	IND 15: 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	Equipo Seguridad del paciente / Calidad	X	X	X	X	X





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

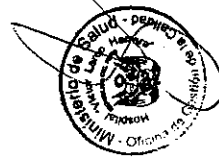
	IND 16: Eventos Adversos notificados y Eventos Centinela analizados	Se refiere a la aplicación de la Directiva de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas. Aplicación de Protocolo de actuación frente a la ocurrencia de un Evento Centinela que incluye los procesos de análisis, comunicación interna y emisión de alertas de seguridad y definición del plan de acción.	Fichas de Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas de cada UFSS o Servicios, Matriz de Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela analizados.	Cuatro (04) Informes de Notificación de Eventos Adversos y Eventos Centinela analizados.	Consolidado de Eventos Adversos notificados y Eventos Centinela analizados	TRIMESTRAL	Jefaturas de Departamento y Servicio / Calidad	X X X X	X X X X
5.3 Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error	IND 17: Acciones de mejora post ronda implementadas (Gestión del Riesgo y las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente)	Elaboración del plan de acción para las prácticas 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 durante 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	X X X X
	IND 18: Ejecución del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	Se refiere a la ejecución del plan anual de auditoría de la calidad, así como el seguimiento a la implementación de las recomendaciones.	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	X X X X





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
 "Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

5.4. Promover una Cultura basada en el aprendizaje del error - Cultura de Seguridad	IND 19: Nº de Guías de Práctica Clínica oficializadas con RD x UPSS.	Evaluación de la adherencia a las guías de práctica clínica de áreas y procedimientos prioritizadas.	Reporte del listado de las Guías de Práctica Clínica por UPSS, oficializadas con RD.	Un (01) Reporte del Listado de GPC oficializadas con RD x UPSS.	≥ 01 Guía de Práctica Clínica por UPSS aprobadas con RD.	ANUAL	Dirección / Jefaturas de Departamento y Servicio			
	IND 20: Nº de Fichas de Verificación de Guías de Práctica Clínica x UPSS.		Reporte del listado de Fichas de Verificación de las GPC 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 21: Adherencia a guías de práctica clínica por UPSS (%)		Informe de adherencia al uso de guías de práctica clínica por UPSS.	Un (01) Informe de evaluación de la Adherencia	≥ 50 % de adherencia al uso de GPC x UPSS	ANUAL	Jefaturas de Departamento y Servicio / Calidad			





PERU Ministerio de Salud

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"



**EJE 6: GESTION DE LA INFORMACION SANITARIA E INVESTIGACION PARA LA CALIDAD**

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	INDICADOR TRAZADOR	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACION	META DE CUMPLIMIENTO	META DE IMPACTO	PERIODICIDAD DE REPORTE	RESPONSABLE	PROGRAMACION 2019				
								I	II	III	IV	
6.1 Fortalecer el Sistema de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud	IND 22: 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	Comité de IAAS-IIIH/ Epidemiología			X		
6.2 Fortalecer la implementación de prácticas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud basadas en evidencia.	IND 23: 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"	Un (01) Informe 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"	ANUAL	Comité de IAAS-IIIH/ Epidemiología			X		
6.3 Promover la investigación en Calidad en Salud.	IND 24: 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 proyecto de investigación desarrollado y fase en el que se encuentra.	Un (01) Informe sobre el Proyecto de Investigación.	≥ Un (01) Proyecto de Investigación aprobado.	ANUAL	Dirección / Calidad / Docencia e Investigación				X	

