



N° 075 2016-SA-DG-INR

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN

Resolución Directoral

Chorrillos, 02 de Marzo de 2016.

Visto; el Expediente N° 16-INR-002131-001, que contiene el Informe N°0100-OGC-INR-2016 de la Oficina de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN;

CONSIDERANDO:

Que, el Ministerio de Salud con el propósito de mejorar la calidad en la prestación de los Servicios de Salud en las diferentes dependencias, ha establecido el Sistema de Gestión de la Calidad, que instauro el uso de herramientas y técnicas para su implementación;

Que, con la finalidad de mejorar la oferta de los servicios de salud en Medicina de Rehabilitación de alta y mediana complejidad que brinda la institución, a través del desarrollo de una cultura de calidad sensible a las necesidades y expectativas del usuario con discapacidad, así mismo, direccionar, articular e integrar esfuerzos, para el mejoramiento constante en la calidad de las prestaciones de salud de la especialidad, mediante 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 con discapacidad a la sociedad; la Oficina de Gestión de la Calidad, ha elaborado el Plan Anual de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas.

Que, el citado documento técnico ha sido revisado por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, órgano asesor en aspectos normativos, emitiendo opinión favorable a través del Informe N° 021-2016-OEPE/INR, por enmarcarse dentro de los objetivos institucionales, por lo que es pertinente proceder a su aprobación con la Resolución Directoral correspondiente;

Que, de conformidad con la Ley N° 26842 "Ley General de Salud", Ley N° 27657 "Ley del Ministerio de Salud" Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de Atención en Salud", Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA, que aprueba el "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006 – 2008", Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, que aprueba el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud", Resolución Ministerial N° 640-2006/MINSA, que aprueba el "Manual para la Mejora Continua de la Calidad", Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud";

Que, en uso de las facultades delegadas mediante Resolución Ministerial N° 715-2006/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN;

Con visación del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Aprobar el PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores Amistad Perú-Japón", que consta de treinta y ocho (38) folios, el cual forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2º.- La Oficina de Gestión de la Calidad, ejecutará el Plan aprobado y efectuará el seguimiento y monitoreo de las actividades contenidas en el citado documento; para lograr las metas y objetivos programados.

Artículo 3º.- Notificar la presente resolución a las unidades orgánicas, para conocimiento y brindar el apoyo que la Oficina de Gestión de la Calidad requiere; para el cumplimiento de la labor encomendada en beneficio de la institución.



W.CRIBILLERO S.



CASANA



Regístrese y Comuníquese.


MC. RICHAR ALEX RUIZ MORENO
Director General (e)
CMP N° 30307
Ministerio de Salud
Instituto de Gestión de Servicios de Salud
Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana rebaza Flores"
Amistad Perú - Japón

RARM/VHCV/VSCCH/renatta
C.C. – Oficina de Gestión de la Calidad
- Unidades Orgánicas
- Responsable de la Portal Web INR



PERÚ

Ministerio
de Salud

“PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS” 2016



INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
“DRA ADRIANA REBAZA FLORES”
AMISTAD PERÙ – JAPÓN



“La Calidad es responsabilidad de todos, pero puede transformarse en la responsabilidad de nadie, sin el liderazgo adecuado de la organización”

**INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERU - JAPON**

Dr. Richar Ruiz Moreno

Director General

C.P.C. Victor Hugo Casana Velez

Dirección Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

Dr. Luis Felipe Francisco Loyola Garcia-Frias

Oficina de Epidemiología

Lic. Juan Ernesto Martinez Montes

Oficina de Comunicaciones

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

MC. Henry Alex Lobato Delgado

Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad

MC. Liz Carin Mendoza Rebaza

MC. Claudia Milagros Silva Tresierra

MC. Rubén Giancarlo Zurita Espejo

Sra. Natalie Lorena Reyes Icaza



INDICE

I	INTRODUCCION	4
II	FINALIDAD	5
III	OBJETIVOS	5
IV	BASE LEGAL	5
V	AMBITO DE APLICACIÓN	8
VI	CONTENIDO	8
	VI.1. ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES	
	8	
	VI.2. MARCO ESTRATÉGICO	12
	VI.3. FUNCIONES DE LA OFICINA DE GESTION DE CALIDAD	22
	VI.4. ESTRATEGIAS	23
	VI.5. ACTIVIDADES	23
	VI.6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	27
VII	RESPONSABLE	33
VIII	ANEXOS	33



I. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud del Perú, como ente rector, dicta las políticas públicas para el sector, en este contexto en el año 2009, se aprueba el Documento Técnico, Política Nacional de Calidad en Salud, que tiene como visión un Sistema de Salud que brinda atención segura y efectiva; oportuna, equitativa e integral; orientada a contribuir al logro del más alto nivel posible de salud física, mental y social para la Sociedad Peruana.

En la actualidad existen suficientes evidencias que sustentan la importancia de la calidad como componente esencial en todo sistema de salud. Se considera entonces a la calidad de la atención como uno de los pilares fundamentales de la prestación de los servicios de salud. De ello se deduce que la calidad de la atención es un requisito fundamental, orientado a otorgar seguridad a los usuarios, satisfaciendo sus expectativas por la atención de salud y minimizando los riesgos en la prestación de servicios; lo cual conllevó a la necesidad de implementar un sistema de gestión de calidad en todas las instituciones prestadoras del sistema de salud, que pueda ser evaluado regularmente, para lograr mejoras progresivas en cuanto a la calidad.

La Organización Mundial de la Salud ha establecido como uno de los objetivos intrínsecos para la evaluación de los logros de los sistemas de salud "la satisfacción de las expectativas de los usuarios"; esto basándose en que la mejora de la calidad de atención en salud debe verse siempre reflejado en los resultados sanitarios. En ese sentido como proveedores de servicios de salud tenemos la responsabilidad de promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a los usuarios en términos de seguridad, oportunidad, eficiencia, eficacia, equidad y calidad.

La OPS define la calidad como la combinación de los siguientes aspectos: alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción de los pacientes y el impacto final en la salud de la población. Es por ello la importancia de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, cuya finalidad es contribuir al incremento del nivel de salud y satisfacción de los usuarios a través de la mejora de la calidad de la atención en las Organizaciones de Salud.

La Gestión de la Calidad es el componente de la gestión institucional que determina y aplica la política de calidad, los objetivos y responsabilidades en el marco del sistema de gestión la calidad y se lleva a cabo mediante la planificación, garantía, información y mejoramiento de la calidad. Implica cambios a nivel de los servicios de salud como resultado de un nuevo aprendizaje y la mejora continua en respuesta a las necesidades y expectativas de los usuarios.

La Gestión de la Calidad tiene elementos esenciales: 1) un compromiso hacia la calidad desde los más altos niveles del servicio; 2) un entorno participativo, donde todos los miembros son apreciados; 3) un buen sistema de calidad, concentrándose más en los procesos que en los individuos; 4) una aproximación al personal basada en la formación y/o entrenamiento y en el desarrollo del mismo; 5) una relación para con el cliente enfocada en sus puntos de vista y en sus deseos; 6) un reconocimiento a la importancia de la mejora continua de la calidad 7) una inversión en el desarrollo de la calidad, al reconocer que esta, mejora los niveles de beneficios al disminuir los costos de la no calidad.

Para mejorar la calidad de atención es preciso reforzar el liderazgo y compromiso de las instancias directivas a fin que orienten sus esfuerzos a la búsqueda de la calidad a través del trabajo en equipo, cultura centrada en las personas, la gestión basada en procesos, evaluación y comparación del desempeño con estándares de calidad, mediciones de calidad a fin de contar con información relevante como sustento de sus decisiones.

En ese sentido el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERU-JAPÓN, viene implementando un conjunto de estrategias que permitan la continuidad y la institucionalización del Sistema de Gestión de la Calidad y que garanticen la satisfacción del usuario externo e interno. Para ello la Oficina de Gestión de la Calidad trabaja de manera coordinada con los diferentes Unidades Orgánicas de la institución, a fin de generar una cultura de calidad, fomentando la estandarización de procesos, el monitoreo y la evaluación del cumplimiento de los mismos, así como la implementación de las normas técnicas vigentes que



evidencien que el desempeño del establecimiento de salud permanentemente está evolucionando hacia la mejora continua.

En el marco de la normativa vigente: Sistema de Gestión de Calidad, Política Nacional de Calidad en Salud, Plan Nacional de Gestión de la Calidad y en concordancia con los Criterios de programación de la Oficina de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas del Instituto de Gestión de Servicios de Salud y de la Dirección de Calidad en Salud del MINSA, se ha elaborado el presente "Plan de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas 2016", documento que define los objetivos de la calidad del instituto, alinea las actividades para la mejora de los procesos del sistema y logro de objetivos, determina los calendarios, responsabilidades y recursos necesarios para su implementación.

II. FINALIDAD

Mejorar la oferta de servicios de salud que brinda el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ - JAPÓN, mediante el desarrollo de una Cultura de Calidad sensible a las necesidades y expectativas del usuario con Discapacidad.

III. OBJETIVO

Institucionalizar el Sistema de Gestión de Calidad, basado en el desarrollo en una Cultura de Calidad orientada a la mejora continua de los procesos asistenciales y administrativos de atención, en aras de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, "Ley General de Salud"
- Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud"
- Ley N° 27806, "Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública"
- Ley N° 27813, "Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud"
- Ley N° 27815, "Ley del Código de Ética de la Función Pública"
- Ley N° 29124, "Ley de Congestión y Participación Ciudadana en Salud"
- Ley N° 29344, "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud"
- Ley N° 29414, "Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud"
- Decreto Legislativo N° 1167, que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud
- Decreto Supremo N° 023-2005-SA, que aprueba "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud"
- Decreto Supremo N°007-2008-MIMDES, que aprueba "Plan de Igualdad de Oportunidades para las personas con Discapacidad 2009-2018"
- Decreto Supremo N°008-2010-SA, que aprueba "Reglamento de la Ley 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud"
- Decreto Supremo N° 042-2011-PCM, que decreta la obligatoriedad de contar con el Libro de Reclamaciones.
- Decreto Supremo N° 016-2014-SA, que aprueba el "Reglamento de Organización y Funciones del Instituto de Gestión de Servicios de Salud".



- Decreto Supremo N° 031-2014-SA, que aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Decreto Supremo N° 046-2014-PCM, que aprueba la "Política Nacional para la Calidad"
- Decreto Supremo N° 027-2015-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las personas usuarias de los servicios.
- Resolución Ministerial N° 1263-2004/MINSA, que aprueba la Directiva N°047-2004-DGSP/MINSA-V01 "Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 474-2005/MINSA, que aprueba "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud", NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud"
- Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA, que aprueba NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"
- Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA, que aprueba el "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008"
- Resolución Ministerial N° 715-2006/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Instituto Nacional de Rehabilitación.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
- Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA, que aprueba "Plan Nacional Concertado de Salud"
- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, que aprueba "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 601-2007/MINSA, que aprueba "Plan de implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de atención en Salud".
- Resolución Ministerial 623-2008/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Plan para el Estudio del Clima Organizacional 2008-2011"
- Resolución Ministerial N° 686-2008/MINSA que aprueba las modificaciones a la Norma Técnica N°022-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia clínica, epicrisis, informe de alta y consentimiento informado".
- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, que aprueba "Guía Técnica del Evaluador para Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
- Resolución Ministerial N° 308-2009/MINSA, que aprueba NTS N° 079-MINSA/DGSP-INR-V.01 "Norma Técnica de la Unidad Productora de Servicios de Medicina de Rehabilitación"
- Resolución Ministerial N° 317-2009/MINSA, que aprueba "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud"
- Resolución Ministerial N° 027-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Lineamientos para la Organización de los Institutos Especializados"
- Resolución Ministerial N° 040-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Lineamientos de Política para la Vigilancia Ciudadana en Salud"



- Resolución Ministerial N° 468-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Metodología para el Estudio del Clima Organizacional - V.02"
- Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprueba "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"
- Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA, que aprueba "Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
- Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector 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° 491-2012/MINSA, que incorpora el Anexo 4: Listado de Estándares de Acreditación para establecimientos de salud con categoría III-2, a la NTS N°050-MINSA/DGSP V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 076-2014/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la Categorización de Establecimientos del Sector Salud"
- Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones asociadas a la Atención en Salud"
- 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° 414-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica"
- Resolución Ministerial N° 626-2015/MINSA, que aprueba el documento técnico: Manual de Buenas Prácticas para la Mejora de Clima Organizacional"
- Resolución de Superintendencia N° 160-2011-SUNASA/CD, que aprueba el "Reglamento General para la atención de reclamos y quejas de los usuarios de las IAFAS e IPRESS"
- Resolución Directoral N° 182-2012-SA-DG-INR que aprueba el "Reglamento Interno de los Comités de Gestión de la Calidad".
- Resolución Directoral N° 252-2012-SA-DG-INR que aprueba el Manual de Organización y Funciones (MOF) de las Unidades Orgánicas del INR: 1. Oficina de Gestión de la Calidad, que consta de trece (13) folios.
- Resolución Directoral N°069-2013-SA-DG-INR, que aprueba el Plan Estratégico Institucional 2013 – 2017 (PEI) del Instituto Nacional de Rehabilitación.
- Resolución Directoral N°067-2014-SA-DG-INR, que aprueba los Manuales de Procesos y Procedimientos (MAPRO) correspondientes a las Unidades Orgánicas del INR. 8. Oficina de Gestión de la Calidad, que consta de veintinueve (29) folios.
- Resolución Directoral N° 216-2015-SA-DG-INR, que conforma los Comités de Auditoría de la Calidad de Atención de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales, Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Motoras y Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú-Japón"



- Resolución Directoral N° 286-2015-SA-DG-INR, que conforma el Equipo de Gestión de Riesgos en Salud Institucional del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú-Japón"
- Resolución Directoral N° 359-2015-SA-DG-INR, que aprueba la Directiva de Notificación de Incidentes y Eventos adversos 2015 del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú-Japón"
- Resolución Directoral N° 411-2015-SA-DG-INR, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-INR/OGC-V.01 "Directiva Administrativa que establece los Estándares e Indicadores de Calidad del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú-Japón"
- Resolución Directoral N° 417-2015-SA-DG-INR, que aprueba el "Plan Maestro 2015-2020 del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú-Japón"
- Resolución Directoral N° 011-2016-SA-DG-INR que actualiza y oficializa los "Comités de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores Amistad Perú – Japón"
- Resolución Directoral N° 019-2016-SA-DG-INR, que aprueba el Documento Técnico "Catálogo de Procedimientos Médicos del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores Amistad Perú – Japón V.6.0"

V. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan anual de Calidad y Mejora Continua del 2015, es de aplicación en todas las Unidades Orgánicas del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN

VI. CONTENIDO

VI.1. ASPECTOS TECNICOS CONCEPTUALES:

- **Acciones de mejora:** conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización y que agregan valor a los productos.
- **Acciones correctivas:** actividades que se realizan después de haber encontrado deficiencias en los procesos de la organización y que se aplican a fin de mejorarlo.
- **Acciones de innovación:** son acciones nuevas para agilizar ó eliminar actividades en un proceso sin alterar el resultado esperado.
- **Acciones preventivas:** se realizan para prevenir deficiencias en la ejecución de procesos futuros.
- **Acreditación:** proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de salud y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las UPS de un establecimiento de salud. La condición de acreditado se otorga por Resolución Ministerial en Lima y Callao y mediante Resolución Ejecutiva Regional en las regiones.
- **Atención de salud:** conjunto de prestaciones que se brindan a la persona, familia y comunidad para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
- **Atributos de calidad:** propiedades ó requisitos que identifican la prestación y que permiten caracterizarla en los niveles óptimos deseados.



- **Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud:** Es el mecanismo sistemático y continuo del cumplimiento de estándares de calidad en salud que tiene como principio fundamental buscar la mejora continua de las prestaciones de salud.
- **Auditoría en Salud:** Es la revisión de todos los aspectos de la actividad del cuidado clínico de los pacientes, realizada por un equipo de profesionales de la salud, cuya finalidad es mejorar la calidad de la atención brindada al usuario, así como mejorar la calidad de los prestadores de los servicios a través de una correcta y oportuna retroalimentación y educación permanente.
- **Auditoría Médica:** Es el análisis crítico y sistemático de la calidad de atención médica, incluyendo procedimientos, diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercuten en desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente, es realizada solamente por personal médico para determinar la adecuación y correspondencia con los criterios normativos pre-establecidos.
- **Autoevaluación:** Fase inicial obligatoria del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud, que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.
- **Barreras de Seguridad:** Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.
- **Calidad:** Conjunto de características que posee un producto o servicio y que satisfacen los requisitos técnicos y expectativas de los usuarios.
- **Calidad de la atención:** conjunto de actividades que realizan los establecimientos de salud en el proceso de atención y que cumplen las mejores prácticas y estándares desde el punto de vista técnico, humano y del entorno, para alcanzar los efectos deseados tanto por los proveedores como por los usuarios, en términos de seguridad, eficacia, eficiencia y satisfacción del usuario.
- **Capacidad Resolutiva:** Es la capacidad que tiene la oferta de servicios para satisfacer las necesidades de salud de la población en términos cuantitativos y cualitativos.
- **Categoría:** Tipo de establecimientos de salud que comparten funciones, características y niveles de complejidad comunes, las cuales responden a realidades socio-sanitarias similares y están diseñadas para enfrentar demandas equivalentes.
- **Clima Organizacional:** son las percepciones compartidas por los miembros de una organización respecto al trabajo, al ambiente físico en que este se da, las relaciones interpersonales que tiene lugar en torno a él y las diversas regulaciones formales e informales que afectan a dicho trabajo.
- **Complicación:** Es el daño o resultado clínico no esperado, no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.
- **Consulta:** Manifestación escrita mediante la cual el usuario solicita se absuelva una inquietud respecto a los servicios de salud brindados o aspectos relacionados a la cobertura de atención.
- **Cultura de Seguridad:** Es el conjunto de valores, principios, normas, comportamiento y conocimiento que comparten los miembros de una organización, con respecto a la prevención de incidentes, accidentes, enfermedades ocupacionales, daños a la propiedad y pérdidas asociadas sobre los cuales se resuelve la gestión empresarial.
- **Cultura Organizacional:** Es el conjunto de valores, creencias, normas y entendimientos importantes que los integrantes de una organización tienen en común.
- **Dimensión del Entorno de la Calidad:** referida a las facilidades que la institución dispone para la mejor prestación de los servicios y que generan valor agregado para el usuario, costos razonables y sostenidos.



- **Dimensión Humana de la Calidad:** referida al aspecto interpersonal de la atención, sus características son: ética, amabilidad, información completa, respeto a los derechos, a la cultura y características individuales de la persona.
- **Dimensión Técnico-Científica de la Calidad:** referida a los aspectos técnico-científicos de la atención, sus características son: efectividad, eficiencia, eficacia, continuidad, seguridad e integralidad.
- **Enfoque sistémico:** Condición de la gestión de calidad que implica que todo trabajo se realiza con enfoque de sistemas y procesos integrados.
- **Equipo de mejora:** conjunto de personas que buscan resolver un problema. Se forma para trabajar en un periodo de tiempo determinado y debe estar integrado por representantes de todas las áreas ó servicios que intervienen en el proceso que se desea mejorar.
- **Error:** Es la falla para completar una acción tal como fue planeada ó el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo. No todos los errores producen daño ó lesión.
- **Estándar:** nivel de desempeño deseado, factible de alcanzar.
- **Estandarización:** acciones realizadas para ajustar los conceptos y métodos disponibles, a un modelo, norma o patrón que sirve como referencia y que es factible de alcanzar.
- **Evaluación de la satisfacción del usuario externo:** procesos referidos a la valoración de la calidad de la atención en los servicios de salud por el usuario, a través de encuesta que evalúa la expectativa y percepción del usuario respecto a las principales actividades del proceso de atención y servicios que el establecimiento de salud le ofrece.
- **Evento adverso:** Daño no intencional causado al paciente como un resultado clínico no esperado durante la atención de salud.
- **Evento adverso prevenible:** Resultado no deseado, no intencional que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- **Evento adverso no prevenible:** Resultado no deseado, no intencional que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- **Evento centinela:** Es un evento adverso grave que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria, algún tipo de incapacidad transitoria y/o permanente o la muerte que requiere de intervención organizacional inmediata para evitar su recurrencia.
- **Expectativa del usuario:** define lo que el usuario espera del servicio que brinda la institución de salud. Esta expectativa se forma básicamente por sus experiencias pasadas, sus necesidades conscientes, la comunicación boca a boca que recibe e información externa.
- **Gestión de la Calidad:** conjunto de actividades de la función institucional que determinan la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión la calidad y se llevan a cabo mediante la planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.
- **Gestión de riesgos:** Actividad destinada a la mejora de la calidad de atención en salud mediante la disminución de las circunstancias que pueden ocasionar daño al paciente en relación con los servicios prestados.
- **Historia Clínica:** es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el medico u otros profesionales de salud brinda al paciente.
- **Incidente:** Es un evento o suceso que ocurre en la atención clínica de un paciente susceptible de provocarle daño ó complicación en otras circunstancias ó que pudiera favorecer la aparición de un evento adverso.



- **Indicador:** constituyen la variable o conjunto de variables susceptibles de ser medida, que permiten identificar y comparar el nivel o el estado de un aspecto determinado. Unidad de medida que permite el seguimiento y evaluación periódica de las variables mediante su comparación en el tiempo con los correspondientes referentes internos y externos.
- **Logro:** es la obtención o consecución de aquello que la dependencia se ha comprometido a alcanzar en apoyo y sustento a los objetivos institucionales a los cuales se adscribe, y a lo cual también se le destinaron recursos humanos, financieros, materiales y tecnológicos organizados a través de las acciones operativas y productos.
- **Macroproceso:** es la agrupación de procesos en una organización. Por ejemplo el macroproceso Gestión de Medicamentos agrupa entre otros el abastecimiento, almacenamiento, uso racional, vigilancia y control, etc.
- **Médico tratante:** Es el profesional médico que siendo competente para manejar el problema del paciente, conduce el diagnóstico y tratamiento.
- **Mejoramiento Continuo de la Calidad:** acciones emprendidas en toda la organización con el fin de incrementar la eficacia y eficiencia de las actividades con carácter permanente y gradual.
- **Nivel de Atención:** Constituye una de las formas de organización de los servicios de salud, en la cual se relacionan la magnitud y severidad de las necesidades de salud de la población con la capacidad resolutive cualitativa y cuantitativa de la oferta.
- **Nivel de Complejidad:** Es el grado de diferenciación y desarrollo de los servicios de salud, alcanzado merced a la especialización y tecnificación de sus recursos. guarda relación directa con las categorías del establecimiento.
- **Paciente:** Es todo usuario de salud que recibe una atención en el establecimiento.
- **Participación ciudadana:** Es la capacidad de las personas para tomar decisiones sobre temas que le concierne, que contribuye al desarrollo de mejores prácticas democráticas, responsabilidad y control social, así como a la mejora de la calidad de vida de la población.
- **Plan de Trabajo:** Es la herramienta que permite ordenar y sistematizar información relevante dentro de las unidades orgánicas de una Dependencia, a fin de conseguir los resultados propuestos y plantea la forma de interrelacionar los recursos humanos, financieros, materiales y tecnológicos disponibles. Además establece un cronograma, designa a los responsables y marca metas en base a los resultados y objetivos. Las acciones operativas y tareas que se incluyen en el plan de trabajo, pueden ser seguidas, controladas y evaluadas por el responsable; de esta manera constituye el insumo para la elaboración, consolidación y armonización del Plan Operativo anual.
- **Plataforma de atención al usuario:** Comprende el espacio físico, recursos y personal responsable de la recepción, procesamiento y atención de los reclamos, consultas y sugerencias, presentados por los usuarios.
- **Procedimiento:** Es el conjunto de actividades que describe un modo de operar, que va agregando valor en el logro de los resultados esperados (bienes o servicios producidos).
- **Proceso:** conjunto de etapas sucesivas de una operación (administrativa, asistencial, etc.) que transforman insumos y generan un bien o servicio de valor para los usuarios internos o externos de la organización.
- **Proyecto:** conjunto ordenado de acciones y procesos que usando recursos preestablecidos logra resultados en un tiempo determinado.
- **Proyecto de mejora:** son proyectos orientados a generar resultados favorables en el desempeño y condiciones del entorno a través del uso de herramientas y técnicas de calidad.



- **Reclamo:** Manifestación verbal o escrita mediante la cual el usuario afectado o que potencialmente pudiera verse afectado o tercero legitimado se dirige a la institución ante la insatisfacción del servicio de salud brindado o por aspectos relacionados a la cobertura de atención.
- **Rehabilitación Integral:** es un proceso mediante el cual el sistema de Salud a través de planes, programas, servicios y acciones sectoriales e intersectoriales provee a las personas con discapacidad, igualdad de oportunidades que hagan posible el desarrollo y uso de sus capacidades, con el propósito de lograr el más alto nivel de autonomía funcional para facilitar el ejercicio de sus libertades fundamentales y derechos humanos, sociales, políticos y civiles, logrando así la participación e igualdad plena de ellos y de sus familias en la sociedad.
- **Riesgo:** Probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud o un factor que incremente tal probabilidad.
- **Seguridad del paciente:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, "uso de mejores prácticas", que contribuyen a la reducción y mitigación de actos inseguros, minimizando el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- **SERVQUAL:** la metodología SERVQUAL se usa para evaluar la satisfacción del usuario externo y define la calidad del servicio como la brecha o diferencia entre la percepción (calidad recibida) y las expectativas (calidad esperada) de los usuarios externos que acuden a recibir atención en el establecimiento de salud. Se constituye como una medida de la calidad del servicio a través de aplicación de encuestas.
- **Sugerencia:** Propuesta que formula un usuario para el mejoramiento de los servicios de la institución.
- **Unidad Productora de Servicios Medicina de Rehabilitación (UPS-MR):** Es la Unidad orgánica o funcional constituida por el conjunto de recursos humanos, físicos y tecnológicos organizados para la atención de las personas con discapacidad, con alteración del funcionamiento y/o en riesgo de ello, en establecimientos de salud y en ocasiones en servicios médico de apoyo.
- **Usuario:** Persona que utiliza los productos o servicios que brindan los establecimientos y servicios médicos de apoyo.
- **Unidad Orgánica:** Es la unidad de organización en que se dividen los órganos contenidos en la estructura orgánica de la Dependencia y entidad.
- **Vigilancia ciudadana:** Es una forma de participación a través de la cual los ciudadanos desarrollan acciones de seguimiento y observación del cumplimiento de las funciones, obligaciones y compromisos de la gestión pública en salud.



VI.2. MARCO ESTRATÉGICO

DIRECTRICES DE LA AUTORIDAD SANITARIA NACIONAL PARA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD:

El Ministerio de Salud a fin de direccionar, articular e integrar los diversos esfuerzos que se desarrollan para el mejoramiento en la calidad de las prestaciones de salud a través de la Dirección General de Salud de las Personas y su órgano de línea la Dirección de Calidad aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"¹ que establece 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.

¹ RM N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"



Entre los aportes del documento, se incluye los componentes de planificación, organización, garantía y mejora de la calidad e información para la calidad dentro de la dirección estratégica de la institución, en la perspectiva de diseñar, gestionar y mejorar los procesos institucionales hacia una cultura de calidad. Asimismo, se establece:

VISION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD - MINSA

“La Calidad se reconoce explícita y fehacientemente como un valor en la cultura organizacional de los establecimientos de salud, cuando se aplican metodologías y herramientas de la calidad, desarrolladas en forma conjunta con la contribución de los usuarios internos y externos, las instituciones de salud y la sociedad en general, existiendo evidencias confiables de mejoras sustanciales en la atención, percibida con satisfacción por los actores”

MISION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD - MINSA

“Impulsar el desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y los procesos de garantía y mejora de la calidad, a través de la aplicación de políticas, normas y estándares de calidad internacionalmente reconocidos y aplicables a la realidad de las organizaciones de salud del país para mejorar la calidad de atención que se brinda y contribuir a mejorar la calidad de vida de la población”.

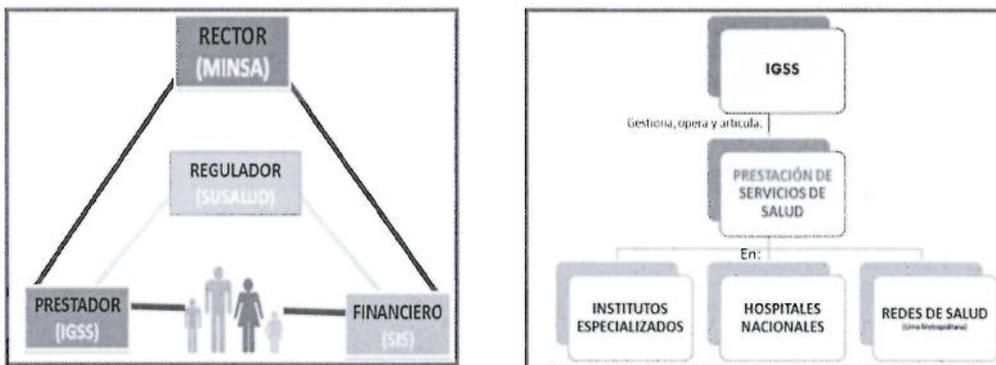
En el año 2009, en el ejercicio de su función rectora, el Ministerio de Salud aprobó el Documento Técnico “Política Nacional de Calidad en Salud², que establece un conjunto de directrices que orienten al desarrollo de las intervenciones destinadas a mejora la calidad de la atención de salud. La Política de Calidad en salud considera como referentes a la Autoridad Sanitaria, las Organizaciones de Salud y la Ciudadanía (Gráfica N° 01).

Las Políticas con respecto a las Organizaciones de Salud y sus establecimientos, definen que estas “establecen y dirigen las estrategias de implementación de la Política Nacional de Calidad, mediante sistemas y procesos organizacionales, orientados al desarrollo de una cultura centrada en las personas y que hace de la mejora continua su tarea central”. Así mismo, precisa, como una de las estrategias, la “Implementación de un Sistema de Gestión de Calidad de la Atención de Salud”.



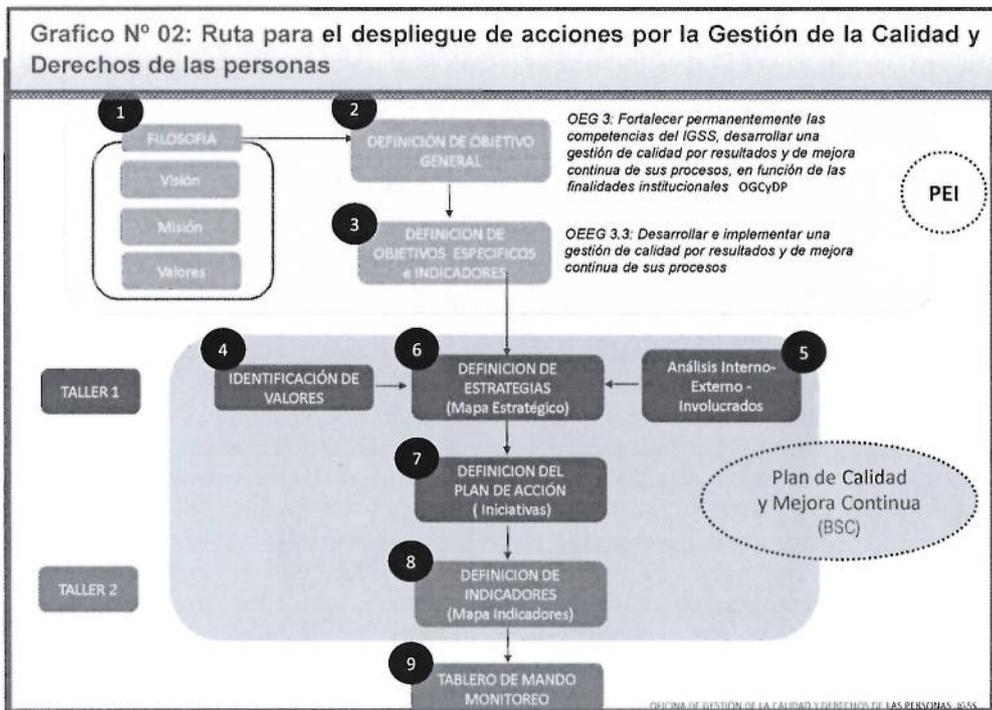
² RM N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Política de Calidad en Salud”

En el 2013, como parte del fortalecimiento del sector salud, se crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud³, como un órgano publico executor adscrito al Ministerio de Salud, competente para la gestión, operación y articulación de las prestaciones de los servicios de salud de alcance nacional pre hospitalarios, y prestaciones de servicios de salud hospitalarios en los Órganos Desconcentrados (OODD): Institutos especializados, Hospitales nacionales y Establecimientos de salud de Lima Metropolitana.



Siendo la Oficina de Gestión de la Calidad y Derechos de la Personas (OGCyDP), según Reglamento de Organización y Funciones del IGSS⁴, el órgano de asesoramiento encargado del análisis, diseño, gestión y mejora continua de los procesos relacionados a los servicios de salud que se brinda a las personas en materia de salud. Propone planes y programas, y desarrolla acciones y herramientas relacionadas a la atención del usuario en relación con la calidad del servicio.

Es así que, la OGCyDP, ha planteado la ruta a seguir por cada uno de los OODD a través del planteamiento de los Planes de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas institucionales (**Gráfico N° 02**).



DL N° 1167, que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud.
 DS N° 016-2014-SA, que aprueba el Reglamento de Organizaciones y Funciones del IGSS

Dichos Planes de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas institucionales, deben estar alineados a las funciones establecidas en el DL N° 016-2014-SA e incluye la participación de diferentes unidades orgánicas involucradas, las mismas que son:

FUNCIONES OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS Decreto Supremo N° 016- 2014- SA	ÁREAS INVOLUCRADAS EN LOS OODD - IGSS
a) Asesorar en materia de gestión de la calidad, para la organización de los servicios de salud.	Oficina de Gestión de la Calidad
b) Elaborar, formular, implementar y evaluar metodologías y herramientas de mejora de la calidad para ser aplicados en el diseño de procesos, modelos organizacionales, procedimientos administrativos y otros instrumentos de gestión del IGSS y sus órganos desconcentrados.	Oficina de Gestión de la Calidad
c) Proponer herramientas y sistemas de información institucional para los servicios de salud en el IGSS, bajo el enfoque de calidad, en el marco de los lineamientos MINSA.	Oficina de Gestión de la Calidad
d) Realizar análisis relacionados con la vigilancia epidemiológica, información sanitaria, entre otros, para la mejora continua de procesos y procedimientos en el IGSS.	Oficina de Epidemiología
e) Proponer a la Alta Dirección, para su aprobación el Mapa de Procesos, Manuales de Procesos y Procedimientos y otros documentos relacionados.	Oficina de Planeamiento Estratégico
f) Evaluar y proponer mejoras de los protocolos para la prestación de los servicios de salud en los establecimientos de salud, dentro del marco normativo del MINSA, y conforme a los análisis de calidad realizados.	Oficina de Gestión de la Calidad
g) Elaborar, formular e implementar y evaluar metodologías o herramientas de atención al ciudadano para la orientación, absolución de consultas y mejora en relación a los servicios de salud que brinda el IGS, como resguardo a su derecho en salud.	Oficina de Comunicaciones
h) Supervisar e informar a la Alta Dirección sobre la implementación del libro de Reclamaciones, en el ámbito de su competencia, conforme a la normatividad vigente.	Oficina de Comunicaciones
i) Revisar las propuestas de estructura de costos de los servicios que brinda el IGSS, en el marco de la normativa aprobada.	Oficina de Planeamiento Estratégico

LÍNEA ESTRATÉGICA DE DESARROLLO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

La Oficina de Gestión de la Calidad, desde su incorporación en la estructura orgánica del INR, como Órgano de Asesoramiento y Unidad Orgánica encargada de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad para promover la mejora continua de la calidad de los procesos asistenciales y administrativos de atención al paciente (*Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación aprobado con RM N° 715-2006/MINSA*) viene diseñando estrategias que permitan el cumplimiento de sus objetivos funcionales, las mismas que se basan en el análisis estratégico sobre los elementos que facilitan o limitan el mejor desarrollo y consecución de las metas trazadas. (Gráfica N° 03). Actualmente nos encontramos en la fase de Institucionalización del Sistema de Gestión de la Calidad del INR a través del desarrollo y fortalecimiento de la cultura de calidad como medio para asegurar la sostenibilidad del sistema.

Si bien en el 2014, la institucionalización del Sistema de Gestión de la Calidad, bajo el marco normativo, vigente había orientado al planteamiento de ciertos objetivos, tal como se describe en los **Gráfico N° 03 y N° 04.**



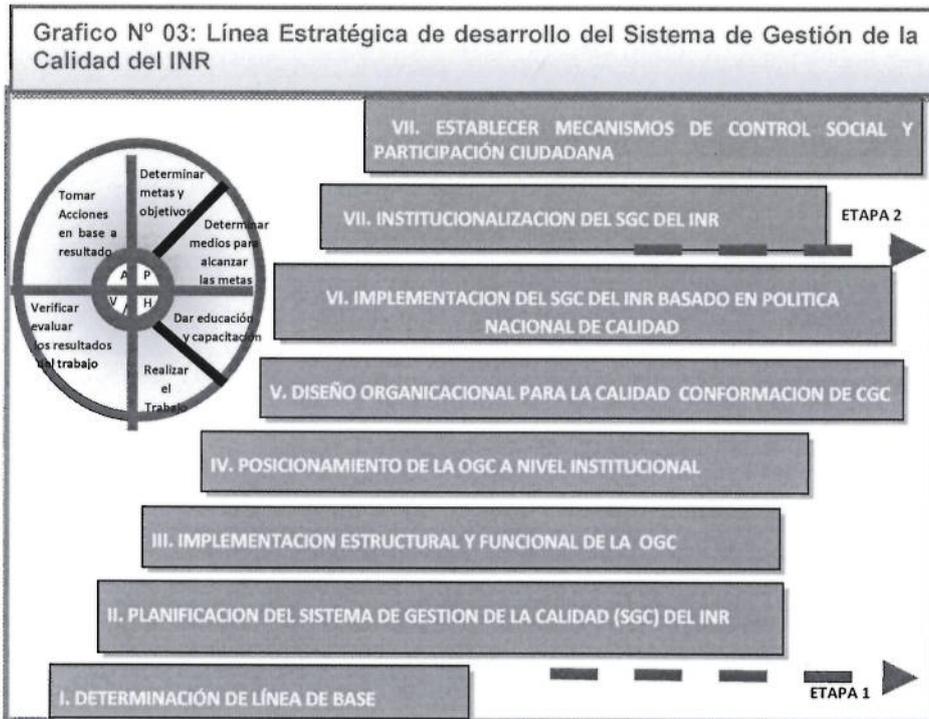


Gráfico N° 04: Implementación en base a Directrices de la autoridad Sanitaria Nacional

NIVEL	Marco Normativo	DESCRIPCION															
NACIONAL	Plan Nacional Concertado de Salud	<p>Quinto Lineamiento</p> <p>"Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad"</p> <p>Objetivo Estratégico</p> <p>"Ampliar la oferta, mejorar la calidad y la organización de los servicios de salud del sector según las necesidades y demandas de los usuarios"</p>															
	Calidad en Salud	<p>SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD (componentes)</p> <table border="1"> <tr> <td>PLANIFICACION PARA LA CALIDAD</td> <td>ORGANIZACION PARA LA CALIDAD</td> </tr> <tr> <td>GARANTIA Y MEJORA</td> <td>INFORMACION PARA LA CALIDAD</td> </tr> </table> <p>POLITICA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD</p> <table border="1"> <tr> <td> <p>1 PNCS</p> <p>Fortalecer la Rectoría de INR en el campo de la Calidad de atención.</p> </td> <td> <p>2PNCS</p> <p>Informar y difundir en el ámbito institucional y social el nivel de la calidad de atención en rehabilitación</p> </td> <td> <p>3 PNCS</p> <p>Establecer y difundir la cultura de calidad, orientada al desarrollo d buenas prácticas en la atención de rehabilitación</p> </td> </tr> <tr> <td> <p>4 PNCS</p> <p>Ampliar y fortalecer los conocimientos y tecnologías en el campo de la calidad de atención en rehabilitación</p> </td> <td> <p>5 PNCS</p> <p>Asegurar el cumplimiento de las políticas nacionales de calidad</p> </td> <td> <p>6 PNCS</p> <p>Garantizar la adecuada implementación de las políticas nacionales de calidad</p> </td> </tr> <tr> <td> <p>7 PNCS</p> <p>Mejorar la calidad de la atención de manera sistemática y permanente</p> </td> <td> <p>8 PNCS</p> <p>Reducir la ocurrencia de eventos Adversos durante el proceso de atención en salud</p> </td> <td> <p>9 PNCS</p> <p>Garantizar el derecho a la salud de los usuarios con enfoque de interculturalidad y género</p> </td> </tr> <tr> <td> <p>10 PNCS</p> <p>Garantizar la competencia, seguridad y motivación del personal</p> </td> <td> <p>11 PNCS</p> <p>Asegurar los recursos necesarios para la gestión de la calidad de la atención en rehabilitación</p> </td> <td> <p>12 PNCS</p> <p>Garantizar la participación ciudadana en la vigilancia de la calidad de la atención de salud</p> </td> </tr> </table>	PLANIFICACION PARA LA CALIDAD	ORGANIZACION PARA LA CALIDAD	GARANTIA Y MEJORA	INFORMACION PARA LA CALIDAD	<p>1 PNCS</p> <p>Fortalecer la Rectoría de INR en el campo de la Calidad de atención.</p>	<p>2PNCS</p> <p>Informar y difundir en el ámbito institucional y social el nivel de la calidad de atención en rehabilitación</p>	<p>3 PNCS</p> <p>Establecer y difundir la cultura de calidad, orientada al desarrollo d buenas prácticas en la atención de rehabilitación</p>	<p>4 PNCS</p> <p>Ampliar y fortalecer los conocimientos y tecnologías en el campo de la calidad de atención en rehabilitación</p>	<p>5 PNCS</p> <p>Asegurar el cumplimiento de las políticas nacionales de calidad</p>	<p>6 PNCS</p> <p>Garantizar la adecuada implementación de las políticas nacionales de calidad</p>	<p>7 PNCS</p> <p>Mejorar la calidad de la atención de manera sistemática y permanente</p>	<p>8 PNCS</p> <p>Reducir la ocurrencia de eventos Adversos durante el proceso de atención en salud</p>	<p>9 PNCS</p> <p>Garantizar el derecho a la salud de los usuarios con enfoque de interculturalidad y género</p>	<p>10 PNCS</p> <p>Garantizar la competencia, seguridad y motivación del personal</p>	<p>11 PNCS</p> <p>Asegurar los recursos necesarios para la gestión de la calidad de la atención en rehabilitación</p>
PLANIFICACION PARA LA CALIDAD	ORGANIZACION PARA LA CALIDAD																
GARANTIA Y MEJORA	INFORMACION PARA LA CALIDAD																
<p>1 PNCS</p> <p>Fortalecer la Rectoría de INR en el campo de la Calidad de atención.</p>	<p>2PNCS</p> <p>Informar y difundir en el ámbito institucional y social el nivel de la calidad de atención en rehabilitación</p>	<p>3 PNCS</p> <p>Establecer y difundir la cultura de calidad, orientada al desarrollo d buenas prácticas en la atención de rehabilitación</p>															
<p>4 PNCS</p> <p>Ampliar y fortalecer los conocimientos y tecnologías en el campo de la calidad de atención en rehabilitación</p>	<p>5 PNCS</p> <p>Asegurar el cumplimiento de las políticas nacionales de calidad</p>	<p>6 PNCS</p> <p>Garantizar la adecuada implementación de las políticas nacionales de calidad</p>															
<p>7 PNCS</p> <p>Mejorar la calidad de la atención de manera sistemática y permanente</p>	<p>8 PNCS</p> <p>Reducir la ocurrencia de eventos Adversos durante el proceso de atención en salud</p>	<p>9 PNCS</p> <p>Garantizar el derecho a la salud de los usuarios con enfoque de interculturalidad y género</p>															
<p>10 PNCS</p> <p>Garantizar la competencia, seguridad y motivación del personal</p>	<p>11 PNCS</p> <p>Asegurar los recursos necesarios para la gestión de la calidad de la atención en rehabilitación</p>	<p>12 PNCS</p> <p>Garantizar la participación ciudadana en la vigilancia de la calidad de la atención de salud</p>															



A la fecha y en base a las directrices propuestas por la Oficina de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas del IGSS, a través de los Criterios de programación 2016 del Plan de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas, los mismos que están alineados a los criterios establecidos por la Dirección de Calidad del MINSA, se estableció la formulación de 06 Ejes de Trabajo, con sus respectivos objetivos estratégicos, los mismos que son:

EJE 1: GESTIÓN DE PROCESOS PARA LA CERTIFICACIÓN y LA ACREDITACIÓN

OE 1.1. Fortalecer competencias en el Proceso de evaluación integral de la calidad para la Acreditación de los Establecimientos de Salud.

OE 1.2. Fortalecer competencias en Gestión por Procesos y Costos.

OE 1.3. Desarrollar el Proceso de Acreditación / Certificación Institucional.

OE 1.4. Contar con Procesos normalizados y eficientes que respondan a las necesidades del usuario externo y acompañante.

OE 1.5. Contar con Procesos normalizados y eficientes que respondan a las necesidades institucionales.

EJE 2: CULTURA DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA

OE 2.1. Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad (Proyectos de MCC).

OE 2.2. Promover una Cultura por la Mejora continua de la Calidad.

OE 2.3. Optimizar y Mejorar Procesos Críticos.

OE 2.4. Reducción de los costos de la No calidad (Reintervenciones/Reprocesos en la atención/Infracciones al Reglamento de Infracciones y Sanciones de SUSALUD)

EJE 3: GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO

OE 3.1. Fortalecer competencias en Promoción y Protección del Derecho de las personas.

OE 3.2. Fortalecer competencias en Humanización de la atención en salud.

OE 3.3. Fortalecer el Sistema de Orientación - Absolución de Reclamos.

OE 3.4. Supervisar la implementación del Proceso de Promoción y Protección de los Derechos de los usuarios a través de la retroalimentación de las intervenciones basadas en los requerimientos de los grupos de interés (Mediciones de la Satisfacción)

OE 3.5. Promover la Participación y Corresponsabilidad en el Cuidado de la Salud (Ciudadano, Familia, Comunidad, Actores / Autoridades Locales).

OE 3.6. Fortalecer la imagen institucional respecto a la Calidad de la atención y el respeto de los Derechos de las personas.

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

OE 4.1. Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo.

OE 4.2. Fortalecer el Sistema de Registro- Notificación - Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso.

OE 4.3. Promover una Cultura basada en el aprendizaje del error - Cultura de Seguridad.

OE 4.4. Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente.

OE 4.5. Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de seguridad, Identificación - Registro - Notificación - Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso)".

OE 4.6. Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos centinela.



OE 4.7. Contribuir a la Reducción de Riesgos asociados a la prestación, orientados hacia la Acreditación y Certificación.

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

OE 5.1. Fortalecer la Organización de la Calidad en el IGSS y la institución.

OE 5.2. Promover condiciones del ambiente de trabajo adecuados para la gestión de la calidad y derechos de las personas.

OE 5.3. Alinear los procesos de Gestión de la calidad y Derechos de las personas a las Políticas y Lineamientos sectoriales.

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

OE 6.1. Fortalecer el Sistema de Información Gerencial en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas.

OE 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 (Intervención Programática).

OE 6.3. Fortalecer el Sistema de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.

OE 6.4. Fortalecer la Implementación de prácticas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud basadas en las evidencias.

OE 6.5. Fortalecer el uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes y mezclas parenterales.

ANÁLISIS SITUACIONAL DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

ANÁLISIS FODA:

El cumplimiento de las Funciones de la Oficina de Gestión de Calidad se ve influenciado por algunas fortalezas y debilidades que son mencionadas a continuación.

FORTALEZAS:

1. La estructura orgánica del INR incluye la Oficina de Gestión de la Calidad como una Unidad Orgánica de asesoramiento.
2. Compromiso y proactividad de la Jefatura de la OGC, asimismo forma parte del Comité de Gestión y otros Comités institucionales, lo que favorece la comunicación directa con Dirección General, Directores Ejecutivos y Responsables de Unidades Orgánicas, para el cumplimiento de la labor encomendada para la institucionalización del Sistema de Gestión de la Calidad.
3. Contar en la OGC con personal calificado, con conocimiento y experiencia en Gestión de la Calidad y con personal de salud, identificado con su labor en bien del paciente, tanto en las actividades asistenciales como administrativas.
4. Contar con Comités de Gestión de Calidad conformados en las diferentes unidades orgánicas del INR y funciones establecidas en su reglamento con voluntad para el despliegue de acciones por la mejora de la calidad de atención y que contribuyen a la institucionalización del Sistema de Gestión de la Calidad.
5. Existencia de normativa e instrumentos estandarizados de Gestión de la Calidad, proporcionados por la Dirección de Calidad en Salud del MINSA y los propios elaborados y/o adecuados por la Oficina de Gestión de Calidad del INR.
6. Activa coordinación con otras Unidades Orgánicas para el trabajo en conjunto en la implementación de las actividades contenidas en el Plan de Calidad y Mejora continua.



7. Nuevo local, moderno y equipado, amplios ambientes y luz natural que contribuye a la satisfacción del usuario.

DEBILIDADES:

1. Insuficiente compromiso y conocimiento en los distintos niveles jerárquicos, así como en el personal asistencial y administrativo, para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad institucional.
2. Alta rotación de responsables de unidades orgánicas, jefes de equipo y coordinadores que dificulta la coordinación e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad institucional.
3. Los documentos de gestión se encuentran desactualizados, en tanto las funciones establecidas a la oficina han sido reestructuradas con la creación del IGSS.
4. Asignación limitada de recursos presupuestales, en tanto hay diferencia entre el presupuesto consignado en la Matriz general de planeamiento operativo 2015 y el aprobado con el Plan de Calidad y Mejora continua 2015.
5. El Personal que integra la Oficina de Gestión de la Calidad, compuesto por 02 médicos auditores y 01 auxiliar de secretaria, es insuficiente para el completo desarrollo de todas las funciones encomendadas a la unidad, incluyendo la incorporación de la línea epidemiológica y el Módulo de Reclamos y Libro de Reclamaciones.
6. Muchos de los diferentes Comités técnicos se encuentran inoperativos, porque son reconfigurados con mucha frecuencia debido a la rotación de los miembros o por la recarga laboral de sus miembros.
7. Incipiente Cultura de seguridad en la atención, hace que no se informen ó reporten todos los incidentes o eventos adversos ocurridos en el INR lo que impide el desarrollo de acciones de mejora.
8. Mediciones de calidad que no conllevan al desarrollo de análisis y acciones y/o proyectos de mejora continua de la calidad de atención, en parte por desconocimiento de la metodología para la elaboración de proyectos de mejora aprobada mediante RM N°095-2012/MINSA.
9. No se prioriza la evaluación de desempeño en base a indicadores de gestión y prestación, con la determinación de estándares establecidos para la institución.

OPORTUNIDADES:

1. La Oficina de Gestión de la Calidad y Derechos de las personas del IGSS ha formulado 06 ejes de trabajo, con sus respectivos objetivos estratégicos e indicadores para la programación de las actividades a desarrollar anualmente por los órganos desconcentrados.
2. La Oficina de Gestión de la Calidad y Derechos de las personas del IGSS ha desarrollado el soporte técnico y capacitaciones sobre todas las líneas de trabajo del Sistema de Gestión de la Calidad
3. Realización de talleres de trabajos con la participación de los diferentes órganos desconcentrados adscritos al IGSS, buscando la estandarización desde el nivel central.
4. La utilización de otros medios de comunicación, entre ellos los medios virtuales, para la remisión y solicitud de información desde el nivel central, sea la Dirección de Calidad del MINSA y la Oficina de Gestión de la Calidad y Derechos de las personas del IGSS, así como de la propia Oficina de Gestión de la Calidad del INR.
5. Convenios de Gestión, que incluyen la evaluación de la satisfacción del usuario externo y medición de tiempos de espera dentro de los indicadores de desempeño para otorgamiento de las compensaciones económicas, también el fortalecimiento de la



proceso de atención de reclamos y prevención de IHH, lo que ha fortalecido el trabajo de las diferentes áreas sobre estas dos líneas de trabajo de la OGC.

6. Facilidades para la asistencia técnica de la Dirección de Calidad en Salud del MINSA.

AMENAZAS:

1. Normativa del nivel central aplicable a EESS del primer y segundo nivel y muy escasa para el nivel de complejidad y especialidad de la institución.
2. No se cuenta con guías de práctica clínica emitidas por el MINSA, relacionadas al manejo clínico de las patologías en el campo de la especialidad y nivel de complejidad del instituto, solo las directivas propias del INR, que limitan contar con documentos de referencia para las auditorías.
3. No se cuenta con una Red operativa de establecimientos de salud que garantice la atención continua y oportuna del paciente que requiere servicios de rehabilitación, lo cual contribuye a la insatisfacción del usuario externo.
4. Demanda creciente que supera la oferta de servicios de salud del INR y afecta la satisfacción del usuario externo por demoras para lograr su atención de salud.
5. Mayor empoderamiento de los usuarios externos, que los vuelve más demandantes del cumplimiento de sus derechos e incrementa la posibilidad de formulación de reclamos por la vulneración de los mismos.
6. Incremento de la publicidad negativa de los profesionales de salud, en especial de los profesionales médicos, por parte de los medios de comunicación, sin el sustento técnico adecuado y vulnerando muchas veces sus derechos.

PRINCIPALES LOGROS ALCANZADOS DURANTE EL AÑO 2015:

- Durante el año 2015, se logró cumplir con el 89% de actividades programadas a ejecutar según criterios de programación del en el Plan Anual de Calidad y Mejora continua 2015 del INR (Expediente 15-013276).
- El Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2015 de la DEIDAADT, único elaborado durante el periodo, en tanto los Comités de Auditoría de la DEIDRIFMENT y DEIDRIFMOT no estuvieron operativos, fue implementado en un 70% de las actividades programadas para el año (Expediente 15-INR-013012).
- En el Plan de Seguridad de la atención del paciente 2015, se cumplió el 77% de las actividades programadas para el año (Expediente 16-INR-000514).
- Se capacitó 377 profesionales y técnicos institucionales sobre las diferentes líneas de trabajo del Sistema de Gestión de la Calidad, tales como: Atención de reclamos (168), Sistema notificación eventos adversos (18), Derechos y deberes de los usuarios (28), Ley 29414 (27), Comunicación asertiva y buen trato (28), Seguridad de la atención del paciente y Gestión de riesgos (34), Autoevaluación (15), Auditoría (11), etc.
- Se fortalecido las competencias de 246 profesionales, técnicos y trabajadores, sobre las líneas del Sistema de Gestión de la Calidad, como parte las capacitaciones que forman parte del PDP institucional
- Se capacitó a 11 profesionales integrantes del Comité y Equipos de auditoría de la DEIDAADT sobre la correcta aplicación de instrumentos, fichas e instructivos para realizar las auditorías.
- Se participo en los Cursos taller organizados por la OGCyDP de la IGSS, a través de la asistencia técnica de 14 trabajadores.



- Se ha actualizado y oficializados los Comités de Gestión de la Calidad institucional, conformado por los responsables de las Unidades Orgánicas, mediante RD N° 011-2016-SA-DG-INR.
- Se ha actualizado y oficializado el Equipo institucional de evaluadores internos mediante RD N° 109-2015-SA-DG-INR.
- Se ha conformado el Equipo de Gestión de riesgos institucional, mediante RD N° 286-2015-SA-DG-INR.
- Se ha designado al personal responsable de la Notificación de Eventos Adversos, mediante RD N° 359-2015-SA-DG-INR.
- Se ha conformado los Comités de Auditoría de la Calidad de Atención en salud de las Direcciones Ejecutivas de línea, mediante RD N° 028-2016-SA-DG-INR, RD N° 029-2016-SA-DG-INR y RD N° 030-2016-SA-DG-INR.
- Se ha elaborado la Directiva Administrativa que establece los Estándares e Indicadores de Calidad de la institución.
- Se ha elaborado la Directiva institucional sobre la Notificación de eventos adversos.
- Se determinó la Línea de base de Autoevaluación en el marco del proceso de Acreditación de EESS, alcanzando un cumplimiento del 43.91% de los estándares para su categoría y nivel de complejidad.
- Se realizó la evaluación de la Satisfacción de usuarios externos del INR, referencia Encuestas SERVQUAL que dio por resultado un 60.9% de usuarios satisfechos con la atención en los servicios de *Consulta Externa* (calificado como ACEPTABLE) y un 41.3% de usuarios satisfechos con la atención en el servicio de *Hospitalización* (calificado como EN PROCESO).
- Se realizó el Estudio de Clima Organizacional del INR 2014, alcanzándose un puntaje de 72.34, que califica como *POR MEJORAR* el Clima Organizacional del INR, siendo necesario realizar intervenciones en las variables según priorización: Remuneración (calificada como No saludable), Recompensa, Liderazgo, Innovación, Confort, Motivación, Toma de decisiones, Conflicto y cooperación, Motivación y Comunicación organizacional (calificadas por mejorar) y continuar fortaleciendo las dimensiones Identidad y Estructura (calificadas como Saludables).
- Se realizó el estudio de **Tiempos de Espera**, cuyos resultados fueron: El mayor tiempo de permanencia de un **PACIENTE NUEVO** es de 3horas 18minutos, el tiempo estándar es de 1hora 50minutos, el mejor tiempo demostrado para completar el proceso fue de 57 minutos y como máximo pasa un tiempo de 1horas 43minutos de espera para la atención (Espera en módulo de informes, referencia, triaje, caja, admisión, SIS, consultorio) para un tiempo de atención de 1hora 35minutos (Atención en módulo de informes, referencias, triaje, caja, admisión, SIS y consultorio), siendo el tiempo máximo a optimizar de 1hora y 27minutos.
- En cuanto al **PACIENTE CONTINUADOR** se tiene que el mayor tiempo demostrado de permanencia hasta la salida del consultorio médico del INR es de 1hora 40minutos, el tiempo estándar es de 54minutos, el mejor tiempo demostrado para completar el proceso fue de 19 minutos y como máximo pasa un tiempo de 58minutos de espera para la atención (Espera en módulo de informes, referencia, triaje, caja, admisión, SIS, consultorio) para un tiempo de atención de 42minutos (Atención en módulo de informes, referencias, triaje, caja, admisión, SIS y consultorio), siendo el tiempo máximo a optimizar es de 45minutos.
- Durante el 2015 se han reportado a la OGC la ocurrencia de 12 eventos mediante la Ficha de Registro y Reporte de incidentes y eventos adversos, de los cuales 06 han sido catalogados como eventos adversos, 06 incidentes.
- Durante el año 2015, como mecanismo de promoción y protección de los derechos de los usuarios de los servicios de salud, se implementó la Plataforma de Atención al



usuario, constituida por el Módulo de informes y el Módulo de reclamaciones, a cargo de profesionales de salud, con atención directa al público durante los horarios de atención. También se ha elaborado y oficializado el "Reglamento para la atención de reclamos, consultas y sugerencias institucional".

- En el Módulo de reclamos, se atendieron a 927 usuarios (usuario potencialmente afectado, afectado o tercero legitimado) que manifestaron su insatisfacción por el servicio de salud recibido en la institución. De estos, 864 fueron abordados y resueltos inmediatamente mediante las coordinaciones realizadas por los Lic. en psicología a cargo de dicho módulo y las respectivas Unidades Orgánicas, mientras que 63 fueron registradas en el Libro de Reclamaciones, siendo abordados en los plazos establecidos por la normatividad vigente.
- De los reclamos presentados, los motivos de insatisfacción más frecuentemente formulados son "trato no cordial", "Inadecuada atención asistencial" e "Inadecuada atención administrativa".

VI.3. FUNCIONES DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

El Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación, aprobado el 26 de julio del 2006 mediante Resolución Ministerial N°715-2006/MINSA, establece que la Oficina de Gestión de la Calidad, es una unidad orgánica de asesoramiento encargada de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Instituto Nacional de Rehabilitación, para promover la mejora continua de la calidad de los procesos asistenciales y administrativos de atención al paciente, con la participación activa del personal, depende de la Dirección General y tiene asignados los siguientes objetivos funcionales:

- a) Proponer la incorporación del enfoque de calidad en el Plan Estratégico, Plan Operativo Institucional y planes de trabajo.
- b) Proponer indicadores de calidad y el desarrollo de actividades para la mejora continua, en coordinación con la Oficina de Planeamiento Estratégico.
- c) Implementar las normas, estrategias, metodologías e instrumentos de la calidad para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.
- d) Asesorar en la formulación de normas, guías de atención y procedimientos de atención al paciente.
- e) Asesorar a la Oficina de Personal para la capacitación y sensibilización del personal en los conceptos y herramientas de la calidad.
- f) Asesorar y apoyar en el desarrollo de los procesos de autoevaluación, acreditación y auditoría clínica, según las normas que establezca el MINSA.
- g) Efectuar el monitoreo y evaluación de los Indicadores de Calidad en los diferentes Departamentos del Instituto e informar y difundir los resultados al MINSA y a los niveles que correspondan.
- h) Promover la ejecución de estudios de investigación en calidad de servicios de salud.
- i) Desarrollar y evaluar mecanismos de escucha al usuario para la mejora de la calidad y participación ciudadana en salud.



En cumplimiento de la normativa vigente y en base a los avances en la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad Institucional, se ha diseñado el presente Plan Anual de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPON 2016, que define las estrategias de intervención y las actividades a ser implementadas durante el presente año, buscando dar continuidad a la labor iniciada, que permita el cumplimiento de los objetivos trazados, buscando contribuir a la mejora continua de los procesos de atención de salud clínicos y de gestión mediante el establecimiento de buenas prácticas de atención, impactando en la satisfacción del

usuario externo e interno y en concordancia con los objetivos estratégicos nacionales e institucionales.

VI.4. ESTRATEGIAS

1. Sensibilización, difusión de información y capacitación al personal de la institución, según corresponda, acerca de las bases conceptuales y normativa relacionada al Sistema de gestión de la calidad.
2. Trabajo en equipo, multidisciplinario y descentralizado por unidades orgánicas a través de sus Comités de Gestión de la Calidad.
3. Acompañamiento y fortalecimiento de capacidades técnicas de los Comités de Gestión de Calidad de las Unidades Orgánicas, para la Implementación de planes, acciones y procesos de mejora de la calidad a nivel institucional.
4. Involucrar y motivar a los usuarios internos para la interiorización de la cultura de calidad y la mejora continua para el logro de metas.
5. Involucrar y fortalecer los mecanismos de atención y escucha al usuario externo incorporando su percepción de la calidad de atención en los procesos de mejora continua de la calidad que se desarrollen en la institución.
6. Impulsar la aplicación periódica de mecanismos, metodologías e instrumentos de evaluación de la calidad de atención, que permitan contar con información para el desarrollo de acciones o proyectos de mejora continua de la calidad de atención en salud.

VI.5. ACTIVIDADES

EJE 1: GESTION DE PROCESOS PARA LA CERTIFICACION Y LA ACREDITACION

OE 1.1. Fortalecer competencias en el Proceso de evaluación integral de la calidad para la Acreditación de los Establecimientos de Salud.

- 1.1.1. Actualización y Oficialización del Equipo de Evaluadores Internos.
- 1.1.2. Capacitación al Equipos de evaluadores internos referentes a la Norma Técnica de Salud: Acreditación de Establecimientos de Salud.

OE 1.2. Fortalecer competencias en Gestión por Procesos y Costos.

- 1.2.1. Capacitación a los responsables de las Unidades Orgánicas referente a la Gestión por procesos y Costeo basado en actividades.

OE 1.3. Desarrollar el Proceso de Acreditación/Certificación institucional

- 1.3.1. Desarrollo de la Autoevaluación institucional.
- 1.3.2. Elaboración e implementación del Plan de mejora de la Autoevaluación.

OE 1.4. Contar con Procesos normalizados y eficientes que respondan a las necesidades del usuario externo y acompañante.

- 1.4.1. Elaboración o actualización de los MAPROs de la institución orientados a los usuarios externos.

OE 1.5. Contar con Procesos normalizados y eficientes que respondan a las necesidades institucionales

- 1.5.1. Elaboración o actualización de los MAPROs de la institución orientados al funcionamiento de la institución.



EJE 2: CULTURA DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA

OE 2.1. Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad (Proyectos de MCC).

- 2.1.1. Capacitación a los integrantes de los CGC en estrategias, métodos e instrumentos, para fortalecer los conocimientos, actitudes y prácticas referidas a la Gestión de Proyectos de Mejora Continua.

OE 2.2. Promover una Cultura por la Mejora Continua de la Calidad

- 2.2.1. Monitorización de la elaboración e implementación de las acciones, planes y/o proyectos de mejoras en relación a la problemática institucional identificada.

OE 2.3. Optimizar y Mejorar Procesos Críticos

- 2.3.1. Elaboración e implementación de planes y/o proyectos de mejora orientados a la reducción de los Tiempos de espera en CC.EE.

OE 2.4. Reducción de los costos de la No calidad (Reintervenciones/Reprocesos en la atención/Infracciones al Reglamento de Infracciones y Sanciones de SUSALUD)

- 2.4.1. Elaboración e implementación de acciones, planes y/o proyectos de mejora orientados a cumplir con el Plan de mitigación de SUSALUD y optimizar los procesos de atención de salud.

EJE 3: GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO

OE 3.1. Fortalecer competencias en Promoción y Protección del Derecho de las personas.

- 3.1.1. Capacitación del personal con atención directa al usuario en técnicas de atención al usuario.

OE 3.2. Fortalecer competencias en Humanización de la atención en salud.

- 3.2.1. Capacitación del personal con atención directa al usuario en humanización de la atención.

OE 3.3. Fortalecer el Sistema de Orientación - Absolución de Reclamos.

- 3.3.1 Monitorización de la adecuada operatividad de la Plataforma de Atención al Usuario (PAU).
- 3.3.2. Monitorización de la implementación del proceso de atención de reclamos, en cumplimiento de la normativa vigente.
- 3.3.3 Elaboración e implementación de acciones, planes y/o proyectos de mejora orientados a reducir los reclamos en la institución.

OE 3.4. Fortalecer la implementar del Proceso de Promoción y Protección del Derecho que involucre la participación de la Familia y la Comunidad

- 3.4.1. Supervisión del cumplimiento de los acuerdos y compromisos adquiridos en las visitas de supervisión del Servicio de Atención al Usuario

OE 3.5. Fomentar la implementación del Proceso de Promoción y Protección de los Derechos de los usuarios a través de la retroalimentación de las intervenciones basadas en los requerimientos de los grupos de interés (Mediciones de la Satisfacción)

- 3.5.1. Desarrollo de la Evaluación de la Satisfacción del usuario externo en Consulta externa y Hospitalización.
- 3.5.2. Elaboración e implementación planes y/o proyectos de mejora orientados a incrementar la Satisfacción del usuario externo en consulta externa y hospitalización.



OE 3.6. Promover la Participación y Corresponsabilidad en el Cuidado de la Salud (Ciudadano, Familia, Comunidad, Actores / Autoridades Locales).

- 3.6.1. Capacitación y entrenamiento de las Redes de pacientes con discapacidad/ Cuidadores primarios en participación y corresponsabilidad en el cuidado de salud.

OE 3.7. Fortalecer la imagen institucional respecto a la Calidad de la atención y el respeto de los Derechos de las personas.

- 3.7.1. Difusión de los Derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, con enfoque de interculturalidad.

Eje 4: GESTION DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

OE 4.1. Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo

- 4.1.1. Capacitación al Equipo de Gestión de riesgos y a los responsables de las Unidades Orgánicas asistenciales sobre las buenas prácticas de atención en salud y la gestión de riesgos asistenciales.
- 4.1.2. Capacitación a los Equipos de auditoría y a los responsables de las Unidades Orgánicas asistenciales sobre Auditoría de Salud.

OE 4.2. Fortalecer el Sistema de Registro- Notificación - Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso

- 4.2.1. Capacitación a los responsables de la Notificación de eventos adversos y responsables de las Unidades Orgánicas asistenciales sobre el Sistema de notificación de eventos adversos institucional.

OE 4.3. Promover una Cultura basada en el Aprendizaje del error - Cultura de Seguridad

- 4.3.1. Determinación del diagnóstico situacional de las Guías de Práctica Clínica institucional, oficializadas con RD.
- 4.3.2. Elaboración de las Fichas de verificación para la evaluación de la adherencia de las Guías de Práctica Clínica institucional.
- 4.3.3. Monitorización de la adherencia a GPC en áreas y procedimientos priorizados.

OE 4.4. Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de seguridad, Identificación-Registro-Notificación-Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso)

- 4.4.1. Implementación del procedimiento de notificación de eventos adversos en salud, en cumplimiento de la normativa vigente.
- 4.4.2. Implementación del procedimiento de Rondas de Seguridad del paciente, como herramienta para evaluar la ejecución de las Buenas prácticas de la atención en salud.
- 4.4.3. Formulación e implementación de acciones, planes y/o proyectos de mejora orientados a reducir las prácticas inseguras encontradas en las Rondas de Seguridad del paciente.
- 4.4.4. Desarrollo de la Auditoría de la calidad de atención en áreas y procedimientos priorizados según Plan de auditoría institucional.

OE 4.5. Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos centinela.

- 4.5.1. Monitorización del procedimiento de análisis de los eventos centinela y de la formulación de acciones y planes de mejora correspondientes.



V. CASANA



OE 4.6. Contribuir a la Reducción de riesgos asociados a la prestación, orientados hacia la Acreditación y Certificación

- 4.6.1. Monitorización de la implementación de las recomendaciones, acciones de mejora y acciones correctivas descritas en el Plan de mitigación de riesgos de SUSALUD.

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

OE 5.1. Fortalecer la Organización de la Calidad en la institución.

- 5.1.1. Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad y Derechos de las personas institucionales.
- 5.1.2. Monitorización de la implementación del Plan de Gestión de la Calidad y Derechos de las personas.
- 5.1.3. Actualización y oficialización de los Comités de Gestión de la Calidad (CGC) de la institución.

OE 5.2. Promover condiciones del ambiente de trabajo adecuados para la gestión de la calidad y derechos de las personas

- 5.2.1. Medición del Estudio del Clima Organizacional institucional, según normatividad vigente.
- 5.2.2. Elaboración e implementación del Plan de intervención para la mejora de Clima organizacional

OE 5.3. Alinear los procesos de Gestión de la calidad y Derechos de las personas a las Políticas y Lineamientos sectoriales.

- 5.3.1. Difusión y socialización de normatividad en Gestión de la Calidad y Derechos de las personas en el marco de la Reforma de salud.

EJE 6: GESTION DE LA INFORMACION SANITARIA E INVESTIGACION PARALA CALIDAD

OE 6.1. Fortalecer el Sistema de Información Gerencial en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas

- 6.1.1. Monitorización de los Estándares e Indicadores de calidad institucional.
- 6.1.2. Aplicación del Diagrama de Pareto como herramienta de análisis de la problemática de la calidad de la atención de la institución.

OE 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 (Intervención Programática)

- 6.2.1. Formulación e implementación de acciones y planes de mejora orientados a la implementación del Plan de Calidad y Mejora Continua institucional.

OE 6.3. Fortalecer el Sistema de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.

- 6.3.1. Capacitación al personal de salud integrante del Equipo de Vigilancia, Prevención y Control integral de la IAAS/IIH sobre prevención y control de las IAAS para la calidad de atención.
- 6.3.2. Implementación del Plan anual de Vigilancia, Prevención y Control de las IAAS/IIH.
- 6.3.3. Monitorización de la operatividad de los Comités de Vigilancia, de Prevención y Control de las IAAS/IIH.



6.3.4. Capacitación al personal de salud integrante del Equipo de Vigilancia, Prevención y Control integral de la IAAS/IIH en prácticas de prevención y control de las IAAS basados en evidencia.

6.3.5. Evaluación de los procesos de prevención y control de las IAAS/IIH, según normatividad vigente.

OE 6.4. Fortalecer la implementación de prácticas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud basadas en las evidencias.

6.4.1. Supervisión de la socialización e implementación del uso de "Care Bundle" o paquete de medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.

6.4.2. Monitorización de la implementación del Plan "Una atención limpia es una atención segura", como medida para fortalecer la práctica de higiene de manos a nivel institucional.

OE 6.5. Fortalecer el uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes y mezclas parenterales.

6.5.1. Capacitación al personal de salud integrante del Equipo de Vigilancia, Prevención y Control integral de la IAAS/IIH en uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes y mezclas parenterales.

6.5.2. Evaluación de los procesos de uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes y mezclas parenterales.

VI.6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



Plan Anual de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas 2016

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS - IGSS
 OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMAYTAPU JAPÓN
 CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN SEGÚN ACTIVIDADES 2016

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACION	UNIDAD DE MEDIDA	META	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	RESPONSABLE	PRESUPUESTO		
EJE 1: GESTION DE PROCESOS Y CALIDAD / CERTIFICACION / ACREDITACION	1.1 Fortalecer competencias en el Proceso de Evaluación de la Calidad para la Atención de Salud y Servicios Médicos de Apoyo	Actualización y actualización del Equipo Institucional de evaluadores internos	Selección de Evaluadores Internos por la autoridad institucional	Documento de agenda el Listado Oficial de Evaluadores Internos de la institución según nominalidad vigente	RD	1												DOC/Equipo de Evaluación			
		Capacitación al Equipo Institucional de evaluadores internos referente a la Norma Técnica de Salud Acreditación de Establecimientos de Salud	Actividades de capacitación referente a la Norma Técnica de Salud y Servicios Médicos de Apoyo vigente	Actividades de capacitación dirigidas a jefes administrativos y asistentes referentes a la Certificación por Procesos y Cambio basado en actividades	Informe sobre la capacitación realizada a los equipos de evaluadores internos diseminado formalizado con RD	Informe	2												OGC		
		Capacitación a los responsables de las Unidades Operativas referente a la Certificación por Procesos y Cambio basado en actividades	Actividades de capacitación dirigidas a jefes administrativos y asistentes referentes a la Certificación por Procesos y Cambio basado en actividades	Completación del Proceso de Actualización de la Norma Técnica de Salud y Servicios Médicos de Apoyo vigente	Informe sobre las capacitaciones referentes a la gestión por procesos y cambio basado en actividades	Informe	1												OGC		
		Elaboración e implementación del Plan de mejora de la Acreditación	Implementación de las mejoras en base a la Acreditación realizada	Plan de mejora de Acreditación formalizado con RD	Informe técnico final de la Acreditación institucional	RD	1													OGC	
		Elaboración e actualización de MARFOS de la institución orientados a los usuarios externos	Elaboración e actualización de MARFO de los Procesos y Procedimientos (Asistencial y Administrativo) de la Organización orientados a los usuarios externos	Manual de Procesos y Procedimientos (MARFO) de los procesos y procedimientos orientados a los usuarios externos	Informe de Seguimiento al Plan de Mejora a partir de la Acreditación	Informe	2													OGC	
		Elaboración e actualización de MARFOS de la institución orientados a los usuarios externos	Elaboración e actualización de MARFO para los Procesos y Procedimientos (Asistencial y Administrativo) de la Organización	Manual de Procesos y Procedimientos (MARFO) de los procesos y procedimientos orientados a los usuarios externos	Informe de Seguimiento al Plan de Mejora a partir de la Acreditación	Informe	1													OGC	
		Elaboración e actualización de MARFOS de la institución orientados a los usuarios externos	Elaboración e actualización de MARFO para los Procesos y Procedimientos (Asistencial y Administrativo) de la Organización	Manual de Procesos y Procedimientos (MARFO) de los procesos y procedimientos orientados a los usuarios externos	Informe de Seguimiento al Plan de Mejora a partir de la Acreditación	Informe	1													OGC	
		Elaboración e actualización de MARFOS de la institución orientados a los usuarios externos	Elaboración e actualización de MARFO para los Procesos y Procedimientos (Asistencial y Administrativo) de la Organización	Manual de Procesos y Procedimientos (MARFO) de los procesos y procedimientos orientados a los usuarios externos	Informe de Seguimiento al Plan de Mejora a partir de la Acreditación	Informe	1													OGC	
		Elaboración e actualización de MARFOS de la institución orientados a los usuarios externos	Elaboración e actualización de MARFO para los Procesos y Procedimientos (Asistencial y Administrativo) de la Organización	Manual de Procesos y Procedimientos (MARFO) de los procesos y procedimientos orientados a los usuarios externos	Informe de Seguimiento al Plan de Mejora a partir de la Acreditación	Informe	1													OGC	
		Elaboración e actualización de MARFOS de la institución orientados a los usuarios externos	Elaboración e actualización de MARFO para los Procesos y Procedimientos (Asistencial y Administrativo) de la Organización	Manual de Procesos y Procedimientos (MARFO) de los procesos y procedimientos orientados a los usuarios externos	Informe de Seguimiento al Plan de Mejora a partir de la Acreditación	Informe	1													OGC	
EJE 2: CULTURA DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	2.1 Fortalecer competencias en Mejora Continua (Proyectos de MCC)	Caracterización de los integrantes de los CGC en el área de mejora continua para implementar los conocimientos, actitudes y prácticas referidas a la Gestión de Proyectos de Mejora Continua	Actividad de capacitación dirigida a equipos de trabajo para la implementación de actividades y prácticas referidas a la Gestión de Proyectos de Mejora Continua	Informe de las capacitaciones referidas referidas a la Gestión de Proyectos de Mejora Continua	Informe	2												OGC			
		Identificación de la elaboración e implementación de acciones planes y/o proyectos de mejora en relación a la problemática institucional identificada	Resultados del desarrollo de proyectos y/o acciones de mejora en base a la problemática identificada referente a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y sus Proceso de Atención a los Usuarios Externos	Informe de avance de los proyectos y/o acciones de mejora implementados	Informe	4													OGC		
		Elaboración e implementación de planes y/o proyectos de mejora orientados a la reducción de tiempos de espera en la Consulta Externa	Rediseño de procesos para la reducción de tiempos de espera en la atención en consulta externa	Informe sobre las mejoras en los tiempos de espera en la atención en consulta externa	Informe	2													OGC		
		Elaboración e implementación de acciones planes y/o proyectos de mejora en relación a la problemática institucional identificada	Implementación oportuna de acciones de mejora y acciones correctivas con el objeto de reducir las incidencias por sanciones descritas en el Reglamento de Sanciones de Responsables de Salud y de Sanciones de Responsables de Atención a los Usuarios Externos	Informe sobre acciones de mejora y acciones correctivas orientadas a cumplir con el Reglamento de Sanciones de Responsables de Salud y de Sanciones de Responsables de Atención a los Usuarios Externos	Informe	2														OGC	



Plan Anual de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas 2016

4.1 Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo	Capacitación al Equipo de Gestión de riesgos y a los Responsables de las Unidades Organizadas asistenciales sobre las buenas prácticas de atención en salud y la gestión de riesgos	Capacitación de los Equipos de Auditoría y los Responsables de las Unidades Organizadas asistenciales sobre Auditoría en salud	Actividades de capacitación dirigidas a las jefaturas de departamento y personal referente a la gestión de riesgos asistenciales.	Actividades de capacitación dirigidas a las jefaturas de departamento y personal referente a Auditoría en salud	Informe emitido por la Oficina de Gestión de Calidad sobre las capacitaciones en Gestión de Riesgos Asistenciales realizadas	Informe emitido por la Oficina de Gestión de Calidad sobre las capacitaciones en Auditoría en Salud realizadas	Informe	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4.2 Fortalecer al Sistema de Registro-Notificación-Análisis y Medida del Impacto y Evento Adverso	Capacitación a los Responsables de la Notificación de eventos adversos y asistenciales sobre el Sistema de Notificación de eventos adversos institucional	Capacitación a los Responsables de la Notificación de eventos adversos y asistenciales sobre el Sistema de Notificación de eventos adversos institucional	Actividades de capacitación dirigidas a los Responsables de la Notificación de Eventos Adversos	Informe emitido por la Oficina de Gestión de Calidad sobre las capacitaciones en Notificación de Eventos Adversos realizadas	Informe	Informe	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4.3 Promover una Cultura basada en el aprendizaje del error - Cultura de Seguridad	Elaboración de las Fichas de verificación para la evaluación de la Adherencia de las Guías de Práctica Clínica institucional	Elaboración de la Adherencia a las Guías de Práctica Clínica en la institución	Resultado de la elaboración de las Fichas de verificación para la evaluación de la Adherencia de las Guías de Práctica Clínica en la institución	Informe de adherencia al uso de guías de práctica clínica por UPSS	Informe	Informe	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4.4 Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad, Notificación-Registro-Notificación-Análisis y Medida del Impacto y Evento Adverso)	Implementación del procedimiento de Notificación de eventos adversos en salud, en cumplimiento de la normatividad vigente	Formulación e implementación de acciones, planes y/o Proyectos de mejora orientados a reducir las prácticas inseguras encontradas en las Rondas de Seguridad del paciente	Rondas de Seguridad del Paciente, es una actividad que se realiza por medio de la aplicación de las Buenas Prácticas de Atención de seguridad del paciente, para fortalecer la cultura de seguridad durante la atención de salud	Informe Trimestral de Rondas de Seguridad Ejecutadas	Informe	Informe	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4.5 Fortalecer el Proceso de Análisis de las causas de los eventos adversos (Intervención Correctiva)	Monitorización del procedimiento de análisis de los eventos adversos y la toma de acciones de los actores y partes de riesgo correspondientes	Proceso de análisis crítico de la atención en salud, que incluye la identificación de causas y la implementación de recomendaciones	Se refiere a la aplicación del Protocolo de actuación frente a la ocurrencia de un Evento Adverso, que incluye los procesos de identificación, notificación y emisión de acciones de seguridad - Definición de Plan de Acción	Informe de seguimiento sobre el estado de implementación de las acciones correctivas emitidas en el Plan de Acción correspondiente	Informe	Informe	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4.7 Contribuir a la Reducción de Riesgos asociados a la prestación, orientados hacia la Atención y Certificación de OODD (Seguimiento a Partes de Investigación de Riesgos)	Monitorización de la implementación de las recomendaciones, acciones de mejora y acciones correctivas emitidas en el Plan de Investigación de riesgos de SUSALUD	Elaboración del plan de acción para las prácticas inseguras encontradas en las Rondas de Seguridad del Paciente con sus respectivas implementaciones	Informe de seguimiento sobre el estado de implementación de las acciones correctivas emitidas en el Plan de Investigación de Riesgos de SUSALUD	Informe	Informe	Informe	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

108.303



Plan Anual de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas 2016

EJE 6 GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN INVESTIGACIÓN PARA LA CALIDAD	6.1 Fortalecer el Sistema de Información General en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas (TIC)	Monitoreación de los Estándares e Indicadores de la Calidad Institucional	Resultados de la evaluación de los Estándares e Indicadores de Calidad	Informe sobre la evaluación de los Estándares e Indicadores de la Calidad	Informe	4	1	1	1	1	1	1	1	OGC
	6.2 Fortalecer el Proceso de Toma de Decisiones en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas basados en la información oportuna en el marco de los procesos sanitarios	Aplicación del Diagrama de Pareto como herramienta de análisis de la problemática de la calidad de atención de la institución	Resultados de la aplicación del Diagrama de Pareto para el análisis de la problemática de la calidad de atención en el rubro de atención de salud	Informe emitido por la Oficina de Gestión de la Calidad con los resultados de la aplicación del Diagrama de Pareto en la institución	Informe	4	1	1	1	1	1	1	1	OGC
	6.3 Fortalecer el Sistema de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, implementado y articulado en todo el país, para reducir y atacar las acciones de riesgo y control de IAS/SHI a nivel regional y local	Formulación e implementación de acciones y planes de mejora orientados a la implementación del Plan de Control de la Calidad y Derechos de las Personas	Es el nivel de implementación de los riesgos en el Plan de Control de la Calidad y Derechos de las Personas de la institución (Sistema de Información) Proceso de seguimiento de los avances del plan para mejorar procesos y tomar decisiones a nivel de los equipos de gestión	Informe de cumplimiento del Plan de Control de la Calidad y Derechos de las Personas, monitoreo, evaluación y supervisión del Plan de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas	Informe	2								OGC
		Capacitación al personal de salud integrante del Equipo de Vigilancia, Prevención y Control de IAS/SHI sobre prevención y control de las IAS para la calidad de atención	Fortalecer competencias en los Procesos de Prevención y Control de las IAS mediante actividades de capacitación referente a las Normas Técnicas de Salud Prevención y Control de IAS/SHI vigentes	Informe sobre las capacitaciones realizadas a los equipos de prevención y control internos	Informe	1								OGSA
		Implementación del Plan anual de Vigilancia, Prevención y Control de IAS/SHI	Organización de las Unidades con recursos humanos de acuerdo a normas para la prevención y control de las IAS	Informe con los avances del Plan de Vigilancia, Prevención y Control de IAS/SHI	Informe	2								OGSA
		Monitoreación de la operatividad de los Comités de Vigilancia, Prevención y Control de IAS/SHI	Implementación y monitoreo de la operatividad de los Comités de Vigilancia, Prevención y Control de IAS/SHI vigentes	Informe con los avances de la implementación del monitoreo, Salud Prevención y Control de IAS/SHI	Informe	2								OGSA
		Evaluación de los procesos de prevención y control de las IAS/SHI, según normalidad vigente	Evaluación de los procesos de prevención y control de las IAS/SHI vigentes	Informe sobre las autoevaluaciones realizadas a los equipos de prevención y control internos y por la evaluación externa del IAS/SHI	Informe	2								OGSA
		Supervisión de la socialización e implementación del uso de "Cárcel Segura" o "Cárcel Limpia" en la atención de las IAS/SHI basadas en evidencia médica	Socialización e implementación del uso de "Cárcel Segura" o "Cárcel Limpia" para la prevención de las IAS/SHI basadas en evidencia médica	Informe sobre las capacitaciones realizadas a los equipos de prevención y control internos sobre el uso de "Cárcel Segura" o "Cárcel Limpia" para la prevención de las IAS/SHI	Informe	1								OGSA
		Monitoreación de la implementación del Plan "Una atención limpia es una atención segura" como medida para fortalecer la práctica de higiene de manos a nivel institucional	Fortalecimiento de la práctica de higiene de manos en la atención "Una atención limpia es una atención segura"	Informe con los resultados del monitoreo, evaluación y supervisión del Plan "Una atención limpia es una atención segura"	Informe	4								OGSA
		Capacitación al personal de salud integrante del Equipo de Vigilancia, Prevención y Control de IAS/SHI en el uso adecuado de los equipos de protección personal, desinfectantes y medidas parenterales	Fortalecer competencias en los Procesos de Uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y medidas parenterales, inclusive acciones de capacitación de los equipos de Salud Prevención y Control de IAS/SHI vigentes	Informe sobre las capacitaciones realizadas a los equipos de prevención y control internos, desinfectantes y medidas parenterales	Informe	1								OGSA
	6.5 Fortalecer el Uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y medidas parenterales	Evaluación de los procedimientos de uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes y medidas parenterales	Enlazar los Procesos de uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y medidas parenterales como parte de la implementación de los Planes y Normas Técnicas de Salud Prevención y Control de IAS/SHI vigentes	Informe sobre las autoevaluaciones realizadas a los equipos de prevención y control internos en uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y medidas parenterales	Informe	2							OGSA	



VII. RESPONSABILIDADES

Es responsable de la ejecución del presente Plan, la Oficina de Gestión de la Calidad, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental y la Oficina de Comunicaciones.

Es responsable del monitoreo y evaluación de la implementación del presente Plan, la Oficina de Gestión de la Calidad.

VIII. ANEXOS

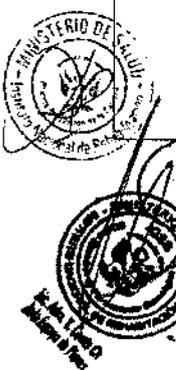
Anexo 1 - Fichas de los Indicadores Trazadores y Metas.



Plan Anual de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas 2016

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS - IGSS
 OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAZA ECORES" AMISTRAD PENÚ JAPÓN
 INDICADORES Y METAS SEGÚN ACTIVIDADES PROGRAMADAS

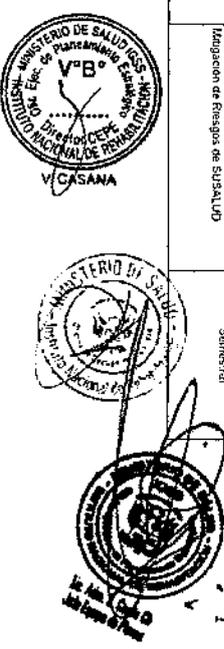
ETI DE TRABAJO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES	INDICADOR/INDICADORES	META DEL INSTITUTO	META DE IMPACTO	PERIODICIDAD DE REPORTE	
E1E 1 GESTION DE PROCESOS PARA LA CERTIFICACION MACREDITACION	1.3 Desarrollar el Proceso de Acreditación / Certificación Institucional	1.1 Fortalecer competencias en Gestión por Procesos y Costos	Capacitación a los responsables de las Unidades Organizadas referente a la Gestión por Procesos y Costos basado en actividades.	IND 2. Jefaturas, Administrativas y Asistenciales entrenados en Gestión de Procesos y Costos (%).	2. 80% de Jefaturas Administrativas y Asistenciales capacitados (ACUM ANUAL)	2. 80% de participantes con Meta 2-14 en Post - Test	Anual
		1.2 Fortalecer competencias en el Proceso de Evaluación Integral de la Calidad para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo	Capacitación al Equipo Institucional de evaluadores externos referente a la Norma Técnica de Salud Acreditación de Establecimientos de Salud	IND 3.A. Autoevaluación para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo vigente (%)	100% de Personal de Salud integrante del Equipo de Evaluadores Internos entrenados en la Norma Técnica de Salud Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo vigente (ACUM ANUAL)	100% de Evaluadores Internos con Meta 2-14 en Post - Test para obtener certificación (ACUM ANUAL)	Semestral
		1.4 Copiar con Procesos normalizados y eficientes que respondan a las necesidades del usuario externo y acompañante	Elaboración e implementación del Plan de mejora de la Autoevaluación	IND 3.B. Cumplimiento del Plan de Mejora post Autoevaluación (%)	2. 85% en el resultado de la Autoevaluación interna 2. el 75% en el resultado de la Autoevaluación, respecto a la meta	2. 85% en el resultado de la Autoevaluación interna 2. el 75% en el resultado de la Autoevaluación, respecto a la meta	Semestral
		1.5 Contar con Procesos normalizados y eficientes que respondan a las necesidades institucionales	Elaboración o actualización de Manuales de procesos orientados a los usuarios externos	IND 4. Procesos y Procedimientos Asistenciales / Administrativos suministrados a los usuarios externos, elaborados o actualizados (%)	Un (01) Informe de Seguimiento al Plan de Mejora elaborado a partir de la Autoevaluación (ACUM ANUAL)	50% de implementación del Plan de Mejora elaborado a partir de la Autoevaluación	Anual
		2.1 Fortalecer competencias en Mejora Continua (Proyectos de MACCI)	Capacitación a los integrantes de los CGC en estrategias, métodos e instrumentos para fortalecer los conocimientos, actitudes y valores referidos a la Gestión de Proyectos de Mejora Continua	IND 5. Procesos y Procedimientos Asistenciales / Administrativos suministrados al funcionamiento de la Institución	Un (01) Informe sobre la elaboración o actualización de Procesos y Procedimientos Asistenciales / Administrativos orientados al funcionamiento de la Organización (ACUM ANUAL)	Elaboración e actualización de 2 - 15 % de Procesos y Procedimientos Asistenciales / Administrativos orientados al funcionamiento de la Organización	Anual
		2.2 Promover una Cultura por la Mejora Continua de la Calidad	Monitoreo de la elaboración e implementación de acciones, planes y/o proyectos de mejora, en relación a la problemática institucional identificada	IND 6. Personal de Salud que conforman las Unidades Organizadas o Equipos de Mejora entrenados en Proyectos de Mejora Continua de la Calidad (%)	2. 90% de Personal de Salud que conforman las Unidades Organizadas o Equipos de Mejora entrenados en Proyectos de Mejora Continua de la Calidad (ACUM ANUAL)	2. 50% de participantes con Meta 2-14 en Post - Test para obtener certificación	Semestral
		2.3 Optimizar y Mejorar Procesos Críticos (Dossier de Proyectos de MACCI)	Elaboración e implementación de planes y/o proyectos de mejora orientados a la reducción de tiempos de espera en la Consulta Externa	IND 7. Votaje de Indicadores de Línea de Base del Proyecto de Mejora Continua (%)	2. 15% de Proyectos de mejora continua en fase de evaluación	2. 15% de proyectos de mejora continua en fase de evaluación	Trimestral
		2.4 Reducción de Costos de la Atención/Implementación de los Casos/Intervenciones al Reglamento de Infecciones y Sanciones de SUSALUD	Elaboración e implementación de acciones, planes y/o proyectos de mejora orientados a cumplir con el Plan de Indicación de SUSALUD y optimizar los procesos de atención en salud	IND 8. Planes y/o Proyectos de Mejora orientados a la reducción de los tiempos de espera en la atención de consulta externa (%)	2. 01 Informes del desarrollo de proyectos de mejora continua orientados a la reducción de los tiempos de espera en la atención de consulta externa (ACUM ANUAL)	2. 01 Informes del desarrollo de proyectos de mejora continua orientados a la reducción de los tiempos de espera en la atención de consulta externa (ACUM ANUAL)	Semestral
		2.5 Reducción de Costos de la Atención/Implementación de los Casos/Intervenciones al Reglamento de Infecciones y Sanciones de SUSALUD	Elaboración e implementación de acciones, planes y/o proyectos de mejora orientados a cumplir con el Plan de Indicación de SUSALUD y optimizar los procesos de atención en salud	IND 9. Costos de la Atención/Implementación de los Casos/Intervenciones al Reglamento de Infecciones y Sanciones de SUSALUD y optimizar los procesos de atención en salud	2. 01 Informes del desarrollo de proyectos de mejora continua orientados a la reducción de los tiempos de espera en la atención de consulta externa (ACUM ANUAL)	2. 01 Informes del desarrollo de proyectos de mejora continua orientados a la reducción de los tiempos de espera en la atención de consulta externa (ACUM ANUAL)	Semestral



EJE 3 GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO					
3.1 Fortalecer competencias en Promoción y Protección del Derecho de las Personas	Capacitación al personal con atención directa al usuario en técnicas de atención al usuario	IND 10. Personal de la institución entrenados en Técnicas de Atención al Usuario	≥ 80% del personal capacitado para la atención al usuario capacitados (ACUM ANUAL)	≥ 80% de participaciones con Nota ≥ 14 en Post - Test	Mensual
3.2 Fortalecer competencias en Humanización de la Atención al Salud	Capacitación al personal con atención directa al usuario en Humanización de la atención	IND 11. Personal de la institución entrenados en Humanización de la Atención	≥ 80% del personal capacitado en Humanización de la Atención (ACUM ANUAL)	≥ 80% de participaciones con Nota ≥ 14 en Post - Test	Trimestral
3.3 Fortalecer el Sistema de Quejas/Absolución de Reclamos	Monitoreo de la adecuada operatividad de la Plataforma de Atención al Usuario (PAU)	IND 12-A. Plataforma de Atención al Usuario operativas	Cuatro (04) Reportes sobre el funcionamiento de las Plataformas de Atención al Usuario (ACUM ANUAL)	Plataformas de Atención al Usuario establecidas y operativas según modelo	Trimestral
	Monitoreo de la atención directa al cumplimiento de la normatividad vigente	IND 12-B. Libro de Reclamaciones implementado y funcionando	Doce (12) Reportes mensuales de reclamos (ACUM ANUAL)	100% de los reclamos se resuelven en 05 días establecidos	Mensual
	Elaboración e implementación de acciones planes y/o proyectos de mejora orientados a reducir los reclamos en la institución	IND 12-C. Acciones, planes y/o Proyectos de Mejora orientados a reducir los reclamos más frecuentes del tipo de reclamaciones	Doce (02) Informes del desarrollo de acciones, planes y/o proyectos de mejora continua orientados a reducir los reclamos presentados (ACUM ANUAL)	≥ 01 Proyectos de Mejora continua en Fase de Seguimiento orientados a reducir los reclamos presentados	Semestral
3.4 Supervisar la implementación del Proceso de Promoción y Protección del Derecho que promueva la participación de la Familia y la Comunidad	Supervisión del cumplimiento de los acuerdos y compromisos adquiridos en las visitas de supervisión al Servicio de Atención al Usuario	IND 13. Cumplimiento de acuerdos y compromisos en el marco de la Promoción y Protección del Derecho en Salud	Doce (02) Informes sobre el cumplimiento de acuerdos y compromisos en el marco de la Promoción y Protección del Derecho en Salud (ACUM ANUAL)	100% de los acuerdos y compromisos se han implementado en los plazos establecidos	Semestral
3.5 Fortalecer la Promoción y Protección de los Derechos de los Usuarios a través de la participación de los actores involucrados (Instituciones de la Salud)	Desarrollo de la Evaluación de la Satisfacción del usuario externo en Consulta externa y hospitalización	IND 14-A. Satisfacción de Usuarios Externos (Consultas Externa y Hospitalización) (%)	≥ 80% de Usuarios Externos de Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia se encuentran satisfechos	Incremento ≥ al 5%, respecto a la última medición de satisfacción del usuario externo	Anual
	Elaboración e implementación de acciones, planes y/o proyectos de mejora orientados a incrementar la satisfacción del usuario externo en Consulta externa y hospitalización	IND 14-B. Acciones de mejora y/o proyectos de mejora implementados en base a los resultados de la encuesta de satisfacción del usuario externo aplicado mediante la metodología de SERVQUAL - Modificado y la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud en el servicio de Consulta Externa	Cuatro (04) Informes sobre las acciones de mejora y/o proyectos de mejora implementados en base a los resultados de la encuesta de satisfacción del usuario externo aplicado mediante la metodología de SERVQUAL - Modificado y la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios (ACUM ANUAL)	≥ 80% de las acciones de mejora y/o proyectos de mejora se han implementado en los plazos establecidos	Trimestral
3.6 Promover la Participación y Corresponsabilidad en el Cuidado de la Salud (Familia, Comunidad, Actores / Actividades Vinculadas)	Capacitación y entrenamiento de las Redes de Atención con Responsabilidad en el Cuidado de la Salud	IND 15. Redes de Pacientes / Cuidadores, familiares, entes de Participación y Corresponsabilidad en el Cuidado de la Salud (%)	≥ 80% de Redes de Pacientes / Cuidadores, familiares, entes de Participación y Corresponsabilidad en el Cuidado de la Salud (ACUM ANUAL)	≥ 80% de participaciones con Nota ≥ 14 en Post - Test	Informe
3.7 Fortalecer la Imagen Institucional de los QCCD - IGSS respecto a la Calidad de Atención y el respeto por los Derechos de las Personas	Difusión de los Derechos de las personas usuarias de los servicios de salud con enfoque multicultural	IND 16. Difusión de los Derechos de las Personas Usuaras de los servicios de salud	Cuatro (04) Informes sobre difusión de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud (ACUM ANUAL)	100% de las acciones de estrategia externa, emergencia y salud de empresa cuentan con afiches que describen los Derechos de las Personas usuarias de los servicios de salud	Trimestral



<p>4.1 Fortalecer competencias en Eje de Atención y Gestión del Riesgo</p> <th data-bbox="186 683 295 952"> <p>Capacitación al Equipo de Gestión de riesgos a los responsables de las Unidades Organizadas asistenciales sobre las buenas prácticas de atención en salud y la gestión de riesgos</p> <th data-bbox="186 952 295 1243"> <p>IND 17. Jefaturas de Departamento y Servicio con equipos orientados en Gestión de Riesgos Asistenciales (%)</p> <th data-bbox="186 1243 295 1534"> <p>≥ 80% de jefaturas de Departamento y Servicio capacitados (ACUM ANUAL)</p> <th data-bbox="186 1534 295 1803"> <p>≥ 50% de participantes con Meta 3 14 en Post - Test</p> <th data-bbox="186 1803 295 1964"> <p>Semestral</p> </th></th></th></th></th>	<p>Capacitación al Equipo de Gestión de riesgos a los responsables de las Unidades Organizadas asistenciales sobre las buenas prácticas de atención en salud y la gestión de riesgos</p> <th data-bbox="186 952 295 1243"> <p>IND 17. Jefaturas de Departamento y Servicio con equipos orientados en Gestión de Riesgos Asistenciales (%)</p> <th data-bbox="186 1243 295 1534"> <p>≥ 80% de jefaturas de Departamento y Servicio capacitados (ACUM ANUAL)</p> <th data-bbox="186 1534 295 1803"> <p>≥ 50% de participantes con Meta 3 14 en Post - Test</p> <th data-bbox="186 1803 295 1964"> <p>Semestral</p> </th></th></th></th>	<p>IND 17. Jefaturas de Departamento y Servicio con equipos orientados en Gestión de Riesgos Asistenciales (%)</p> <th data-bbox="186 1243 295 1534"> <p>≥ 80% de jefaturas de Departamento y Servicio capacitados (ACUM ANUAL)</p> <th data-bbox="186 1534 295 1803"> <p>≥ 50% de participantes con Meta 3 14 en Post - Test</p> <th data-bbox="186 1803 295 1964"> <p>Semestral</p> </th></th></th>	<p>≥ 80% de jefaturas de Departamento y Servicio capacitados (ACUM ANUAL)</p> <th data-bbox="186 1534 295 1803"> <p>≥ 50% de participantes con Meta 3 14 en Post - Test</p> <th data-bbox="186 1803 295 1964"> <p>Semestral</p> </th></th>	<p>≥ 50% de participantes con Meta 3 14 en Post - Test</p> <th data-bbox="186 1803 295 1964"> <p>Semestral</p> </th>	<p>Semestral</p>
<p>4.2 Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación - Análisis y Medida del Incidente y Evento Adverso</p>	<p>Capacitación a los Responsables de la Notificación de eventos adversos y Responsables de las Unidades Organizadas asistenciales sobre el Sistema de Notificación de eventos adversos institucional</p>	<p>IND 18. Jefaturas de Departamento y Servicio con equipos orientados en notificación de eventos adversos (ACUM ANUAL)</p>	<p>≥ 80% de jefaturas de Departamento y Servicio capacitados (ACUM ANUAL)</p>	<p>≥ 50% de participantes con Meta 3 14 en Post - Test</p>	<p>Semestral</p>
<p>4.3 Promover una Cultura basada en el aprendizaje del error - Cultura de Seguridad</p>	<p>Determinación del Diagnóstico Situacional de las Guías de Práctica Clínica en la institución</p> <p>Elaboración de las Fichas de verificación para la evaluación de la Adherencia de las Guías de Práctica Clínica institucionales</p>	<p>IND 20-A. Nº de Guías de Práctica Clínica actualizadas con RD en la institución</p> <p>IND 20-B. Nº de Fichas de Verificación de Guías de Práctica Clínica en la institución</p>	<p>Reporte del listado de Fichas de Verificación de GPC por UPSS (total de las GPC actualizadas)</p>	<p>Un (01) Reporte del Listado de Fichas de Verificación de GPC en la institución</p>	<p>Annual</p>
<p>4.4 Implementar el Proceso de Atención de Emergencias en las Unidades Organizadas asistenciales</p>	<p>Monitorización de la adherencia a las Guías de Práctica Clínica en áreas y procedimientos</p> <p>Implementación del procedimiento de Notificación de eventos adversos en salud en cumplimiento de la normatividad vigente</p>	<p>IND 20-C. Adherencia a guías de práctica clínica en la institución (%)</p>	<p>Informe de adherencia al uso de guías de práctica clínica por UPSS</p>	<p>≥ 90 % UPSS-reportan mediana de adherencia al uso de GPC</p>	<p>Semestral</p>
<p>4.5 Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Críticos (Intervención Crítica)</p>	<p>Formulación e implementación de acciones para los proyectos de mejora orientados a la atención de los pacientes en las Unidades Organizadas asistenciales</p>	<p>IND 22-A. Nº Total de Eventos Adversos reportados por UPSS</p> <p>IND 22-B. Rondas de Seguridad Reportadas (%)</p> <p>IND 22-C. Acciones de Mejora Post ronda implementadas</p>	<p>Cuentos (04) Informes del Reporte de Eventos Adversos (ACUM ANUAL)</p> <p>≥ 60% de Rondas de Seguridad del Paciente reportadas (ACUM ANUAL)</p>	<p>≥ 90% de las UPSS de la institución reportan Eventos Adversos</p>	<p>Informe</p>
<p>4.6 Continuar a la Reducción de Riesgos asociados a la prestación, orientados hacia la Acreditación y Certificación de CCOO (Seguimiento a Planes de Mitigación de Riesgos)</p>	<p>Desarrollo de la Auditoría de la Calidad de Atención en áreas y procedimientos, procedimientos según Plan de Auditoría institucional</p>	<p>IND 23-A. Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud</p> <p>IND 23-B. Resolución de confirmación del Comité de Auditoría de la Calidad aprobada con RD</p> <p>IND 23-C. Ejecución del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud (%)</p>	<p>Un (01) Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud</p> <p>Un (01) Resolución de confirmación del Comité de Auditoría de la Calidad aprobada con RD</p>	<p>Resolución de confirmación del Comité de Auditoría de la Calidad en Salud actualizado</p>	<p>Annual</p>
<p>4.7 Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Críticos (Intervención Crítica)</p>	<p>Monitorización del procedimiento de análisis de los eventos críticos y de la formulación de acciones y planes de mejora correspondientes</p>	<p>IND 24. Eventos Críticos atendidos y comunicados de acuerdo a Protocolo (%)</p>	<p>Un (01) Informe con contenido el reporte de los nombres de análisis de los Eventos Críticos (ACUM ANUAL)</p>	<p>≥ 50% de los informes de eventos críticos que no son actualizado bajo metodologías estándar (p e Protocolo de Londres) y cuentan con Plan de Intervención</p>	<p>Annual</p>
<p>4.8 Continuar a la Reducción de Riesgos asociados a la prestación, orientados hacia la Acreditación y Certificación de CCOO (Seguimiento a Planes de Mitigación de Riesgos)</p>	<p>Monitorización de la implementación de las recomendaciones técnicas de mejora y acciones correctivas descritas en el Plan de Mitigación de Riesgos de SUSALUD (%)</p>	<p>IND 25. Implementación de las recomendaciones técnicas de mejora y acciones correctivas descritas en el Plan de Mitigación de Riesgos de SUSALUD (%)</p>	<p>Un (01) Informe de seguimiento del estado de implementación de las recomendaciones, acciones de mejora y acciones correctivas descritas en el Plan de Mitigación de Riesgos de SUSALUD (ACUM ANUAL)</p>	<p>≥ 85% de implementación del Plan de Mitigación de Riesgos de SUSALUD</p>	<p>Semestral</p>



<p>EE 6 ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS</p>	<p>5.1 Fortalecer la Organización de la Calidad en el ISSS y OCCD</p>	<p>Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas Institucional</p>	<p>IND 26-A: Plan Anual de Gestión de Calidad y Derechos de las Personas elaborado y aprobado</p>	<p>Un (01) Plan Anual de Gestión de Calidad y Derechos de las Personas elaborado y aprobado</p>	<p>Plan Anual de Gestión de Calidad y Derechos de las Personas según modelo prestablecido</p>	<p>Anual</p>	
		<p>Actualización y organización de los Comités de Gestión de la Calidad (CGC) de la institución</p>	<p>IND 26-B: Ejecución del Plan Anual de Gestión de Calidad y Derechos de las Personas</p>	<p>Cuarta (04) Informe sobre la Ejecución del Plan Anual de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas (ACQM ANUAL)</p>	<p>2 años del Plan Anual de Gestión de Calidad y Derechos de las Personas según modelo prestablecido ejecutado</p>	<p>Trimestral</p>	
	<p>5.2 Promover condiciones del ambiente de trabajo adecuadas para la gestión de la calidad y derechos de las personas</p>	<p>Actualización y organización de los Comités de Gestión de la Calidad (CGC) de la institución</p>	<p>IND 27: Ejecución de las Opciones de Gestión de la Calidad conformados</p>	<p>Una (01) Resolución Directoral que conforma el equipo responsable del desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud de la IPRESS</p>	<p>Resolución Directoral del Equipo de Gestión de la Calidad actualizada</p>	<p>Anual</p>	
	<p>5.3 Alinear los procesos de gestión de la calidad y derechos de las personas a las Políticas y Lineamientos Sectoriales</p>	<p>Definición y socialización de normativa en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas en el marco de la Reforma de Salud</p>	<p>IND 28-A: Plan para el Estado de Salud Organizacional</p>	<p>Un (01) Plan para el Estado de Salud Organizacional</p>	<p>Plan para el Estado de Salud Organizacional según modelo prestablecido</p>	<p>Anual</p>	
	<p>Definición y socialización de normativa en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas en el marco de la Reforma de Salud</p>	<p>IND 28-B: Cumplimiento del Estado de Salud Organizacional según norma vigente</p>	<p>IND 28-A: Acciones de Mejora del Estado Organizacional (94)</p>	<p>Un (01) Informe de Estado de Salud Organizacional</p>	<p>El Informe del Estado de Salud Organizacional incluye un Plan de Intervención en Salud Organizacional acciones y proyectos.</p>	<p>Anual</p>	
	<p>Elaboración e implementación del Plan de intervención para la mejora del Estado Organizacional</p>	<p>IND 29: Acciones de Mejora del Estado Organizacional (94)</p>	<p>IND 29: Acciones de Mejora del Estado Organizacional (94)</p>	<p>Una (01) Informe de Estado de Salud Organizacional</p>	<p>Una (01) Informe de Estado de Salud Organizacional</p>	<p>Elaboración e implementación del Plan de intervención para la mejora del Estado Organizacional</p>	<p>Semestral</p>
	<p>Definición y socialización de normativa en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas en el marco de la Reforma de Salud</p>	<p>IND 29: Acciones de Mejora del Estado Organizacional (94)</p>	<p>IND 29: Acciones de Mejora del Estado Organizacional (94)</p>	<p>Una (01) Informe de Estado de Salud Organizacional</p>	<p>Una (01) Informe de Estado de Salud Organizacional</p>	<p>Definición y socialización de normativa en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas (ACQM ANUAL)</p>	<p>Anual</p>
	<p>Definición y socialización de normativa en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas en el marco de la Reforma de Salud</p>	<p>IND 29: Acciones de Mejora del Estado Organizacional (94)</p>	<p>IND 29: Acciones de Mejora del Estado Organizacional (94)</p>	<p>Una (01) Informe de Estado de Salud Organizacional</p>	<p>Una (01) Informe de Estado de Salud Organizacional</p>	<p>Definición y socialización de normativa en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas (ACQM ANUAL)</p>	<p>Anual</p>
	<p>Definición y socialización de normativa en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas en el marco de la Reforma de Salud</p>	<p>IND 29: Acciones de Mejora del Estado Organizacional (94)</p>	<p>IND 29: Acciones de Mejora del Estado Organizacional (94)</p>	<p>Una (01) Informe de Estado de Salud Organizacional</p>	<p>Una (01) Informe de Estado de Salud Organizacional</p>	<p>Definición y socialización de normativa en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas (ACQM ANUAL)</p>	<p>Anual</p>



6.1 Fortalecer el Sistema de Información General en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas (TIC)	Aplicación del Diagrama de Pareto como herramienta de análisis de la problemática de la calidad de atención de la institución	IND 31. Utilización del Diagrama de Pareto como herramienta de análisis en los informes elaborados por la Oficina de Gestión de Calidad	≥ 60% de los Informes elaborados por la Oficina de Gestión de Calidad utilizan el Diagrama de Pareto como herramienta de análisis	El Análisis Situacional de Salud de la institución utiliza el Diagrama de Pareto como herramienta de análisis de la problemática de la calidad de atención	Trimestral
6.2 Fortalecer el Proceso de Toma de Decisiones en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas basados en la información oportuna en el marco de las prioridades sanitarias	Formulación e implementación de acciones y planes de mejora orientados a la implementación del Plan de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas	IND 32. Cumplimiento de actividades del Plan de Intervención (%)	Informe de cumplimiento del Plan de intervención elaborado con apoyo del monitoreo, evaluación y supervisión del Plan de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas	Dos (02) informes sobre la Ejecución del Plan de intervención (ACUM ANUAL)	Semanal
6.3 Fortalecer el Sistema de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAS) en todos los niveles de atención y control de IAS a nivel regional y local	Capacitación al personal de salud integral del Equipo de Vigilancia, Prevención y Control Integral de la IAS/SHH sobre prevención y control de las IAS para la calidad de atención	IND 33. Personal de Salud integral del Equipo de Prevención y control Integral de IAS/SHH capacitados y certificados en la prevención y control Integral de las IAS para la Calidad de Atención (%)	Informe de cumplimiento del Plan de intervención elaborado con apoyo del monitoreo, evaluación y supervisión del Plan de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas	Dos (02) informes de implementación del Equipo de Prevención y Control de IAS (ACUM ANUAL)	Anual
6.4 Fortalecer el Sistema de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAS) en todos los niveles de atención y control de IAS a nivel regional y local	Capacitación al personal de salud integral del Equipo de Vigilancia, Prevención y Control Integral de la IAS/SHH en prácticas de prevención y control de las IAS basadas en evidencia	IND 34. Implementación del Equipo de Prevención y Control de IAS, conformado organizacionalmente	Informe de cumplimiento del Plan de intervención elaborado con apoyo del monitoreo, evaluación y supervisión del Plan de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas	Informe de cumplimiento del Plan de intervención elaborado con apoyo del monitoreo, evaluación y supervisión del Plan de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas	Semanal
6.5 Fortalecer el uso adecuado y seguro de medicamentos, antitérmicos, desinfectantes y medidas parenterales	Evaluación de los procesos de prevención y control de las IAS/SHH según normatividad vigente	IND 35. Implementación de Comités de Prevención y Control de IAS	Informe de cumplimiento del Plan de intervención elaborado con apoyo del monitoreo, evaluación y supervisión del Plan de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas	Informe de cumplimiento del Plan de intervención elaborado con apoyo del monitoreo, evaluación y supervisión del Plan de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas	Semanal
6.6 Gestión de la Innovación en Investigación para la Calidad	Supervisión de la socialización e implementación del uso de "Cápsula Bumble" o paquetes de medidas para la prevención de las IAS basadas en evidencia médica	IND 36. Personal de Salud integral del Equipo de Prevención y control Integral de IAS/SHH en prácticas de prevención y control de las IAS basadas en evidencia (%)	Informe de cumplimiento del Plan de intervención elaborado con apoyo del monitoreo, evaluación y supervisión del Plan de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas	Informe de cumplimiento del Plan de intervención elaborado con apoyo del monitoreo, evaluación y supervisión del Plan de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas	Informe
6.7 Fortalecer el uso adecuado y seguro de medicamentos, antitérmicos, desinfectantes y medidas parenterales	Monitoreo de la implementación del Plan "Una atención limpia es una atención segura" como medida para fortalecer la práctica de higiene de manos a nivel institucional	IND 37. Personal de Salud integral del Equipo de Prevención y control Integral de IAS/SHH en prácticas de prevención y control de las IAS basadas en evidencia (%)	Informe de cumplimiento del Plan de intervención elaborado con apoyo del monitoreo, evaluación y supervisión del Plan de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas	Informe de cumplimiento del Plan de intervención elaborado con apoyo del monitoreo, evaluación y supervisión del Plan de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas	Informe
6.8 Fortalecer el uso adecuado y seguro de medicamentos, antitérmicos, desinfectantes y medidas parenterales	Capacitación al personal de salud integral del Equipo de Vigilancia, Prevención y Control Integral de la IAS/SHH en prácticas de prevención y control de las IAS basadas en evidencia médica	IND 38. Personal de Salud integral del Equipo de Prevención y control Integral de IAS/SHH en prácticas de prevención y control de las IAS basadas en evidencia (%)	Informe de cumplimiento del Plan de intervención elaborado con apoyo del monitoreo, evaluación y supervisión del Plan de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas	Informe de cumplimiento del Plan de intervención elaborado con apoyo del monitoreo, evaluación y supervisión del Plan de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas	Informe
6.9 Fortalecer el uso adecuado y seguro de medicamentos, antitérmicos, desinfectantes y medidas parenterales	Evaluación de los procedimientos de uso adecuado y seguro de medicamentos, antitérmicos, desinfectantes y medidas parenterales	IND 39. Personal de Salud integral del Equipo de Prevención y control Integral de IAS/SHH en prácticas de prevención y control de las IAS basadas en evidencia (%)	Informe de cumplimiento del Plan de intervención elaborado con apoyo del monitoreo, evaluación y supervisión del Plan de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas	Informe de cumplimiento del Plan de intervención elaborado con apoyo del monitoreo, evaluación y supervisión del Plan de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas	Informe
6.10 Fortalecer el uso adecuado y seguro de medicamentos, antitérmicos, desinfectantes y medidas parenterales	Evaluación de los procedimientos de uso adecuado y seguro de medicamentos, antitérmicos, desinfectantes y medidas parenterales	IND 40. Personal de Salud integral del Equipo de Prevención y control Integral de IAS/SHH en prácticas de prevención y control de las IAS basadas en evidencia (%)	Informe de cumplimiento del Plan de intervención elaborado con apoyo del monitoreo, evaluación y supervisión del Plan de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas	Informe de cumplimiento del Plan de intervención elaborado con apoyo del monitoreo, evaluación y supervisión del Plan de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas	Informe
6.11 Fortalecer el uso adecuado y seguro de medicamentos, antitérmicos, desinfectantes y medidas parenterales	Evaluación de los procedimientos de uso adecuado y seguro de medicamentos, antitérmicos, desinfectantes y medidas parenterales	IND 41. Equipos de Prevención y control Integral de IAS/SHH en prácticas de prevención y control de las IAS basadas en evidencia (%)	Informe de cumplimiento del Plan de intervención elaborado con apoyo del monitoreo, evaluación y supervisión del Plan de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas	Informe de cumplimiento del Plan de intervención elaborado con apoyo del monitoreo, evaluación y supervisión del Plan de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas	Informe

