

Ministerio de Salud
Hospital Nacional
"Dos de Mayo"

REPÚBLICA DEL PERÚ



N° 025-2021/D/4207

HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
Que he tenido a la vista

11 FEB 2021

Sr. Hugo Armando ALVERDE RIVERA
FEDATARIO

Resolución Directoral

Lima, 10 de Febrero de 2021



VISTO: El Expediente Administrativo Registro N° 01599-2021, que contiene el informe N° 004-2021-OGC-HNDM, de fecha 14 de enero de 2021, con el que se solicita la aprobación del Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2021, del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

CONSIDERANDO:

Que, el Numeral VI, del Título Preliminar de la Ley General de Salud N° 26842, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se aprobó el Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, el que tiene por objetivo establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

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

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", cuya finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, se aprueba el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud", cuyo objetivo es mejorar continuamente la calidad de los servicios del sector salud, mediante el desarrollo de una cultura de calidad sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos, que tengan un impacto en los resultados sanitarios; asimismo, en el citado plan se ha señalado, entre sus componentes el de garantía y mejora,

11 FEB. 2021

RECEPCIÓN

HORA: 10:12 FIRMA:

11 FEB 2021

SECRETARÍA

HORA: 8:45 FIRMA: E



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
para la vista

1 FEB 2021

Sr. Hugo Armando VALVERDE RIVERA
FEDATARIO

para lo que se ha implementado una serie de procesos, entre ellos el de Seguridad del Paciente;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprobó el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional, con el objetivo de establecer las directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de salud en el sistema de salud del Perú;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 502-2016-MINSA, se aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V-02, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud", cuyo objeto es mejorar la Atención de Salud que se brinda en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados y mixtos. La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud se realiza para verificar y mejorar la calidad de atención en los servicios en salud y promover activamente el respeto de los derechos de los usuarios de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo;

Que, el artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo", aprobado mediante Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, dispone que la Oficina de Gestión de la Calidad es el órgano encargado de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital Nacional "Dos de Mayo", para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa del paciente, con la participación activa del personal;

Que, con el documento de visto, la Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, remite el proyecto del Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2021, del Hospital Nacional "Dos de Mayo"; concluyendo que el mencionado documento técnico busca contribuir a la mejora de la calidad de todas las áreas del Hospital; solicitando su aprobación para su implementación, monitoreo y cumplimiento;

Que, mediante Nota Informativa N° 005-2021-OEPE-HNDM, de fecha 02 de febrero de 2021, la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, remite el Informe N° 004-2021-EPP-OEPE-MBS N°002, de fecha 27 de enero de 2021, del Coordinador del Equipo de Trabajo de Planes y Programa e Informe N° 0013-2021-EP-OEPE-HNDM, de fecha 29 de enero de 2021, del Coordinador del Equipo de Trabajo de Presupuesto, en los cuales se precisan las conclusiones y la opinión técnica favorable para la aprobación del Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2021; el mismo que se ha emitido en atención al requerimiento realizado mediante Memorándum N° 40-2021-ETAJS-OAJ-HNDM, de fecha 22 de enero de 2021, por la Oficina de Asesoría Jurídica;

Estando a lo propuesto por la Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad;



Resolución Directoral

Lima, 10 de Febrero de 2021

Con las visaciones del Director Adjunto de la Dirección General, de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, de la Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, y de la Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo establecido en la Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo"; y, la Resolución Viceministerial N° 002-2021-SA/DMVPAS, que renueva a partir del 1 de enero de 2021, el encargo de puesto de Directora General del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el Documento Técnico: PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD – 2021, del Hospital Nacional "Dos de Mayo", el que consta de nueve (09) fojas; y, forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- Disponer que la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad, cumpla, difunda, implemente, monitoree e informe a la Dirección General y a la Oficina Ejecutiva de planeamiento Estratégico, los avances del Documento Técnico, aprobado mediante el artículo 1° de la presente Resolución.

Artículo 3°.- Disponer que la Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática de la Institución publique la presente resolución directoral en el portal institucional del Hospital <http://www.hdosdemayo.gob.pe>.

Regístrese, comuníquese y publíquese;



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
Dra. ROSARIO DEL MILAGRO KIYOHARA OKAMOTO
Directora General (e)

RDMKO/ELVF/JEVT/jevt.

C.c.:

- Dirección General.
- Órgano de Control Institucional.
- Dirección Adjunta.
- Ofic. Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.
- Ofic. Gestión de la Calidad.
- Ofic. Asesoría Jurídica.
- Ofic. Estadística e Informática.
- Archivo.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
Que he tenido a su vista

11 FEB 2021

St. Hugo Armando VALVERDE RIVERA
FEDATARIO

Documento Técnico
PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD
Hospital Nacional “Dos de Mayo”
2021

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	2
II.	FINALIDAD	2
III.	OBJETIVOS	2
IV.	AMBITO DE APLICACIÓN	3
V.	BASE LEGAL	3
VI.	CONTENIDO	3-5
VII.	RESPONSABILIDADES	6
VIII.	PRESUPUESTO	6
IX.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	7-9

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
Que he tenido a la vista

11 FEB 2021

Sr. Hugo Armando VALVERDE RIVERA
FEDATARIO



I. INTRODUCCION

"La Calidad de la atención en salud consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice los beneficios para la salud, sin aumentar en forma proporcional los riesgos. El grado de calidad, es por lo tanto, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios". *Avedis Donabedian*.

La calidad de atención en salud es multidimensional, siendo el desempeño técnico, el acceso a los servicios, la efectividad de la atención, la eficiencia de la entrega de servicios, las relaciones interpersonales, la continuidad de los servicios, la seguridad, la elección, la infraestructura física y la comodidad, las dimensiones que se deben hallar presentes en toda atención de salud brindada al paciente.

El Ministerio de Salud viene promoviendo la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud así como la Política Nacional de Calidad en Salud. En este contexto el Hospital Nacional Dos de Mayo desarrolla en el marco de la visión, misión, políticas y objetivos estratégicos institucionales, el presente Plan para contribuir al mejoramiento de los servicios de salud y la calidad de atención de sus pacientes.

II. FINALIDAD

Mejorar la calidad y la seguridad de la atención en los servicios que brinda el Hospital Nacional Dos de Mayo

III. OBJETIVOS

Basados en la Matriz de Programación del Plan de Gestión de la Calidad de las IPRESS - 2021 remitidos por la Oficina de Gestión de la Calidad de la DIRIS Lima Centro, se plantean los siguientes objetivos

Objetivo General

Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en las Oficinas y Departamentos del Hospital Nacional "Dos de Mayo" con la participación activa del personal.

Objetivos Específicos

1. Planificar la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad
2. Implementar el Plan de Seguridad del Paciente
3. Implementar el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en salud
4. Implementar el Plan de Autoevaluación
5. Promover la Mejora Continua
6. Fortalecer la Información para la Calidad

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan Anual de Gestión de la Calidad 2021 es de conocimiento, aplicación y cumplimiento obligatorio en todas la Oficinas y Departamentos del Hospital Nacional "Dos de Mayo"

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
Que he tenido a la vista

11 FEB 2021

Sr. Hugo Armando VALVERDE RIVERA
FEDATARIO



V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, "Ley General de Salud"
- Ley N° 27815, "Ley del Código de Ética de la Función Pública"
- Ley N° 29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 016-2002-SA, que aprueban el reglamento de Ley N° 27604 que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 041-2005/MINSA, que aprueba la Directiva N° 049-MINSA/DGSP-V.01: "Directiva para el funcionamiento del Equipo de Gestión de Calidad en las Direcciones de Salud"
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la N.T. N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Acreditación de Servicios de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, que aprueba el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Dos de Mayo
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba la "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la Gestión de la Calidad"
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la N.T. N° 029-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud".
- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".

VI. CONTENIDO

6.1 ACTIVIDADES POR OBJETIVOS

OE.1: Planificar la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad

- a) Implementar el Plan de Gestión de la Calidad

OE.2: Implementar el Plan de Seguridad del Paciente

- a) Organizar los equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente
- b) Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo
- c) Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación-Análisis de Eventos Adversos

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
Que he tenido a la vista

11 FEB 2021

Sr. Hugo Armando ALVERDE RIVERA
FEDATARIO

3



- d) Promover los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente
- e) Implementar Rondas de Seguridad de Seguridad del Paciente
- f) Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Adversos

OE.3: Implementar el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en salud

- a) Planificar las actividades para la implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- b) Promover el uso de Guías de Práctica Clínica y/o Procedimientos.
- c) Implementar la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- d) Fortalecer las competencias en Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.

OE.4: Implementar el Plan de Autoevaluación

- a) Organizar y planificar el proceso de Autoevaluación.
- b) Realizar el proceso de Autoevaluación
- c) Analizar los resultados

OE 5: Promover la Mejora Continua

- a) Implementar la mejora continua: acciones mejora/planes/proyectos de mejora

OE 6: Fortalecer la Información para la Calidad

- a) Medición de la satisfacción del usuario externo

OE 7: Fortalecer el rol de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud

- a) Fomentar el conocimiento de los derechos de los usuarios de los servicios de salud.
- b) Fortalecer competencias del personal de la PAUS para la atención al usuario de los servicios de salud.
- c) Generar información para la calidad

6.2 ASPECTOS TÉCNICO CONCEPTUALES

Para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad es importante tener en consideración los enfoques conceptuales y los principios que la rigen:

ENFOQUES CONCEPTUALES PARA UNA POLÍTICA DE CALIDAD EN SALUD

- Calidad en salud como expresión del desarrollo humano
- Calidad en salud como expresión de derecho a la salud
- Calidad en salud como enfoque gerencial en las organizaciones de salud
- Calidad en salud como estrategia de desarrollo y mejoramiento de los servicios de salud.

Estos enfoques conceptuales permiten reforzar la orientación de la gestión de la calidad con relación a:

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
Que he tenido a la vista

11 FEB 2021

St. Hugo Armando VALVERDE RIVERA
FEDATARIO



Las personas, provisión de servicios de salud seguros, oportunos, accesibles y equitativos; calidad con enfoque intercultural y de género; búsqueda de la satisfacción de los usuarios; acceso a los mecanismos de atención al usuario.

Los trabajadores, cultura ética de la calidad; trabajo en equipo.

Las unidades prestadoras, asesoría sostenida; gestión de recursos; mejoramiento continuo; evaluación de los procesos prestacionales.

La sociedad, participación social para la calidad en salud.

PRINCIPIOS DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD

- **Enfoque al usuario**, la institución depende de sus usuarios, por lo tanto debe entender sus necesidades presentes y futuras, satisfacer sus demandas específicas y esforzarse en exceder sus expectativas.
- **Liderazgo**, el cumplimiento de los objetivos de la calidad requiere de líderes que conduzcan a sus servicios a la mejora continua.
- **Participación del personal**, el personal de todos los niveles es la esencia de la institución, pues mediante su compromiso posibilita el uso de sus habilidades y conocimientos en beneficio de la calidad.
- **Enfoque basado en procesos**, un resultado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como proceso.
- **Enfoque sistémico para la gestión**, identificar, comprender y gestionar los procesos interrelacionados como sistema, contribuye a la eficiencia y eficacia de la institución.
- **Mejora continua de la calidad**, la mejora continua del desempeño global de la institución debe generar una necesidad permanente de elevar los estándares de calidad técnicos, humanos y administrativos.
- **Toma de decisiones basada en evidencias**, las decisiones eficaces se basan en el análisis de datos y la información.

VII. RESPONSABILIDADES

El personal que labora en el Hospital Nacional Dos de Mayo, es responsable del cumplimiento permanente de lo dispuesto en el presente Plan.

Las Jefaturas de Departamentos y Oficinas son responsables de implementar las actividades que le corresponden y remitir la información respectiva a la Oficina de Gestión de la Calidad.

En el caso de los Comités/Equipos de Departamentos/Oficinas relacionados con las líneas de trabajo de Gestión de la Calidad, la información debe ser remitida a través de las Jefaturas correspondientes.

El Comité de Auditoría Médica deberá coordinar permanentemente con la Oficina de Gestión de la Calidad.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
Que he tenido a la vista

11 FEB 2021

Sr. Hugo Armando VALVERDE RIVERA
FEDATARIO

5



VIII. PRESUPUESTO

OE.1: Las actividades para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad participación institucional, por lo que muchas de las actividades tienen presupuesto en diferentes UPS y UPSS.

OE.2: Las actividades de Seguridad implican participación institucional. Se han considerado actividades de capacitación. Presupuesto aproximado de S/. 3900.00 soles

OE.3: Las actividades de Auditoría implican participación institucional.

OE.4: Las actividades de Autoevaluación implica participación institucional, por lo que muchas de ellas tienen presupuesto en diferentes UPS y UPSS

OE.5: Las actividades para la mejora continua implica participación institucional, por lo que muchas de las actividades tienen presupuesto en diferentes UPS y UPSS.

OE.6: La aplicación de las encuestas se realiza a través de terceros por vía telefónica, condicionada al contexto de la pandemia y se realizaría a pacientes/familiares de las áreas de hospitalización y tele consulta. Presupuesto aproximado de S/. 6000.00 soles,

OE.7: Las actividades para Fortalecer el rol de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud , incluyen avisos , letreros, banners, trípticos y material para la feria informativa , cuyo desarrollo estaría condicionado al contexto de la atención presencial. Presupuesto aproximado S/. 1,000.00 soles

TOTAL : S/. 10,900.00

IX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
Que he tenido a la vista

11 FEB 2021

Sr. Hugo Armando VALVERDE RIVERA
FEDATARIO

MATRIZ DE PROGRAMACION - PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD DE LA CALIDAD 2021

OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES	TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	META	CRONOGRAMA DE EJECUCION AÑO 2021												PRESU PUESTO	RESPONSABLE							
					ENE	FEB.	MAR.	ABR.	MAV.	JUN.	JUL.	AGS.	SET.	OCT.	NOV.	DIC.									
0E.1: PLANIFICAR LA IMPLICACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD	Implementar el Plan de Gestion de la Calidad	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad	Plan elaborado	1	X													0	Oficina de Gestión de la Calidad						
			Resolución Directorial	1		X													0	Dirección General					
			Informe	1		X														0	Oficina de Gestión de la Calidad				
			Informe	4			X													0	Oficina de Gestión de la Calidad				
			Informe	4			X													0	Oficina de Gestión de la Calidad				
			Informe	4			X													0	Oficina de Gestión de la Calidad				
			Informe	4			X													0	Oficina de Gestión de la Calidad				
			Resolución Directorial	1		X														0	Dirección General				
			Resolución Directorial	1		X														0	Dirección General				
			Resolución Directorial	1		X														0	Dirección General				
			Resolución Directorial	1		X														0	Dirección General				
			Resolución Directorial	1		X														0	Dirección General				
			Resolución Directorial	1		X														0	Dirección General				
			Resolución Directorial	1		X														0	Dirección General				
			0E.2: IMPLEMENTAR EL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Organizar los equipos para la Implementación del Plan de Seguridad del Paciente	Elaboración del Plan de Seguridad del Paciente	Plan elaborado	1	X														0	Oficina de Gestión de la Calidad		
Resolución Directorial	1					X														0	Dirección General				
Informe	1					X														0	Oficina de Gestión de la Calidad				
Informe	1					X															0	Oficina de Gestión de la Calidad			
Informe	4						X														0	Oficina de Gestión de la Calidad			
Informe	4						X														0	Oficina de Gestión de la Calidad			
Informe	4						X														0	Oficina de Gestión de la Calidad			
Informe	4						X														0	Oficina de Gestión de la Calidad			
Informe	4						X														0	Oficina de Gestión de la Calidad			
Informe	4						X														0	Oficina de Gestión de la Calidad			
Informe	4						X														0	Oficina de Gestión de la Calidad			
Informe	4						X														0	Oficina de Gestión de la Calidad			
Informe	4						X														0	Oficina de Gestión de la Calidad			
Informe	4						X														0	Oficina de Gestión de la Calidad			
Informe	4						X														0	Oficina de Gestión de la Calidad			
Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo	Capacitación para fortalecer aspectos técnicos de la aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía	Registro, consolidación e informe semestral de los eventos adversos	Informe	2															0	Oficina de Gestión de la Calidad					
			Informe	4			X													0	Dpto. de Anestesia y Centro Quirúrgico				
			Informe	2																	0	Dpto. de Anestesia y Centro Quirúrgico			
			Informe	2																		0	Dpto. de Anestesia y Centro Quirúrgico		
			Informe	2																		0	Dpto. de Anestesia y Centro Quirúrgico		
			Informe	2																		0	Dpto. de Anestesia y Centro Quirúrgico		
			Informe	2																		0	Dpto. de Anestesia y Centro Quirúrgico		
			Informe	2																		0	Dpto. de Anestesia y Centro Quirúrgico		
			Informe	2																		0	Dpto. de Anestesia y Centro Quirúrgico		
			Informe	2																		0	Dpto. de Anestesia y Centro Quirúrgico		
			Informe	2																		0	Dpto. de Anestesia y Centro Quirúrgico		
			Informe	2																		0	Dpto. de Anestesia y Centro Quirúrgico		
			Informe	2																		0	Dpto. de Anestesia y Centro Quirúrgico		
			Informe	2																		0	Dpto. de Anestesia y Centro Quirúrgico		
			Informe	2																		0	Dpto. de Anestesia y Centro Quirúrgico		
Promover los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente	Implementación de prácticas seguras	Programación de rondas	Informe	2																0	Oficina de Gestión de la Calidad				
			Informe	2																		0	Oficina de Gestión de la Calidad		
			Informe	2																			0	Oficina de Gestión de la Calidad	
			Informe	2																				0	Oficina de Gestión de la Calidad
			Informe	2																				0	Oficina de Gestión de la Calidad
			Informe	2																				0	Oficina de Gestión de la Calidad
			Informe	2																				0	Oficina de Gestión de la Calidad
			Informe	2																				0	Oficina de Gestión de la Calidad
			Informe	2																				0	Oficina de Gestión de la Calidad
			Informe	2																				0	Oficina de Gestión de la Calidad
			Informe	2																				0	Oficina de Gestión de la Calidad
			Informe	2																				0	Oficina de Gestión de la Calidad
			Informe	2																				0	Oficina de Gestión de la Calidad
			Informe	2																				0	Oficina de Gestión de la Calidad
			Informe	2																				0	Oficina de Gestión de la Calidad
Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación-Análisis de Eventos Adversos	Análisis de los Eventos Adversos	Análisis de los Eventos Adversos	Informe	2																	0	Departamento de asistenciales y de apoyo			
			Informe	2																			0	Departamento de asistenciales y de apoyo	
			Informe	2																				0	Departamento de asistenciales y de apoyo
			Informe	2																				0	Departamento de asistenciales y de apoyo
			Informe	2																				0	Departamento de asistenciales y de apoyo
			Informe	2																				0	Departamento de asistenciales y de apoyo
			Informe	2																				0	Departamento de asistenciales y de apoyo
			Informe	2																				0	Departamento de asistenciales y de apoyo
			Informe	2																				0	Departamento de asistenciales y de apoyo
			Informe	2																				0	Departamento de asistenciales y de apoyo
			Informe	2																				0	Departamento de asistenciales y de apoyo
			Informe	2																				0	Departamento de asistenciales y de apoyo
			Informe	2																				0	Departamento de asistenciales y de apoyo
			Informe	2																				0	Departamento de asistenciales y de apoyo
			Informe	2																				0	Departamento de asistenciales y de apoyo



Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2021
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

OE.3: IMPLEMENTAR EL PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION EN SALUD										OE.4: IMPLEMENTAR EL PLAN DE AUTOEVALUACION										
Planificar las actividades para la implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.	Elaboración del Plan de Auditoría de la Calidad	Plan elaborado	Resolución Directoral	1	X															Oficina de Gestión de la Calidad
	Aprobación del Plan de Auditoría de la Calidad	Memoorandum	Correo Electrónico	1		X														Dirección General
	Difusión del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	Informe	Informe	4		X														Oficina de Gestión de la Calidad
	Evaluación del cumplimiento de Plan Anual de Auditoría de Calidad	Informe	Informe	1		X														Oficina de Gestión de la Calidad
	Consolidar el listado de Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos Asistenciales	Informe	Informe	4		X														Oficina de Gestión de la Calidad
	Medir la adherencia a GPC y Guía de procedimientos	Informe	Informe	4		X														Jefaturas de Departamentos
	A asesorar en la formulación de Guías de Práctica Clínica, Guías de Procedimientos, Listas de Verificación y Consentimientos Informados.	Reporte	Reporte	1																Oficina de Gestión de la Calidad
	Realizar Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.	Informe	Informe	4			X													Comités de Auditoría de los Departamentos
	Coordinar con el Comité de Auditoría médica para la realización de la Auditoría de Caso.	Documento	Documento	1		X														Oficina de Gestión de la Calidad
	Seguimiento de la implementación de las recomendaciones.	Informe	Informe	2			X													Oficina de Gestión de la Calidad
Fortalecer las competencias en Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.	Difusión de la Norma Técnica de Auditoría	Correo Electrónico	Persona capacitada	1		X														Oficina de Gestión de la Calidad
	Capacitación a los comités de auditoría de la calidad de la atención en salud.	Informe	Informe	20			X													Oficina de Gestión de la Calidad
	Conformación del Equipo de Acreditación	Resolución directoral	Resolución directoral	1		X														Dirección General
	Conformación del Evaluadores Internos	Resolución directoral	Resolución directoral	1		X														Dirección General
	Capacitación a los evaluadores internos	Persona capacitada	Persona capacitada	20			X													Oficina de Apoyo a la Docencia y Capacitación
	Elaboración del plan y designación de líder	Lista de asistencia	Lista de asistencia	1			X													Evaluadores Internos
	Designación de responsables por macroproceso	Listado	Listado	1			X													Oficina de Gestión de la Calidad
	Aprobación del plan de autoevaluación	Resolución directoral	Resolución directoral	1			X													Oficina de Gestión de la Calidad
	Difusión del proceso de autoevaluación	Correo / Página web	Correo / Página web	1				X												Oficina de Gestión de la Calidad
	Difusión del plan de autoevaluación	Correo / Página web	Correo / Página web	1				X												Dirección General
Organizar y planificar para la Autoevaluación	Reunión de análisis de las fuentes de verificación de los criterios de acreditación con el equipo de evaluadores internos y responsables de macroprocesos	Lista de asistencia	Lista de asistencia	1			X													Oficina de Gestión de la Calidad
	Comunicación del inicio de la Autoevaluación	Oficio	Oficio	1				X												Oficina de Gestión de la Calidad
	Aplicación de la lista de estándares de acreditación	Hojas de registro	Hojas de registro	21					X											Oficina de Gestión de la Calidad
	Procesamiento de datos y análisis de resultados	Aplicativo MINSAL	Aplicativo MINSAL	1						X										Lider de evaluadores internos
Analizar resultados	Elaboración del informe del proceso de autoevaluación	Informe	Informe	1																Oficina de Gestión de la Calidad

11 Mayo 2021

St. Hugo Armando VALVERDE RIVERA
FEDTARIO



