

20 APR 2022

St. Miguel Armenta VALVERDE RIVERA  
FEDATARIO

# Resolución Directoral

Lima, 19 de Abril de 2022

## VISTO:

El expediente con registro N° 12457-2022, que contiene la Nota Informativa N° 029-2022-OEPE-HNDM, de fecha 12 de abril de 2022, que adjunta el Informe N° 28-2022-EP-OEPE-HNDM, de fecha 12 de abril de 2021, del Equipo de Trabajo de Presupuesto y el Informe N° 018-2022-EPP-OEPE-HNDM-MBS-N° 016, de fecha 06 de abril de 2022, del Equipo de Trabajo de Planes y Programas, Memorando N° 160-2022-OGC-HNDM, de fecha 04 de abril de 2022, de la Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y el Informe N° 189-2022-OAJ-HNDM, de la Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Dos de Mayo.

## CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con la Ley N° 26842 Ley General de Salud, 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, con arreglo a principios de equidad;

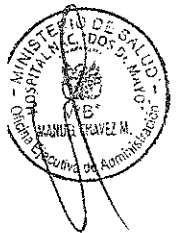
Que, de conformidad con el Artículo 9° del Reglamento de Establecimientos de Salud públicos y privados aprobado por el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, establece la obligación de garantizar la calidad y seguridad de la atención que brindan a los pacientes, proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, protegerles íntegramente contra riesgos innecesarios, satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda a la prevención y recuperación de la salud;

Que, con la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el documento "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, se aprobó 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;

Que, con 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;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, se aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud" disponiendo en el numeral 6.3.4 Recomendaciones para la Formulación de Planes, que "Los Documentos Normativos que tienen la denominación de Planes, cualquiera sea su naturaleza, constituyen Documentos Técnicos"; en tal sentido estos deben ser Objetivos, claros, precisos y coherentes, debiendo expresar los logros que se espera alcanzar cuando el plan concluya. La formulación de planes debe hacerse aplicando además lo dispuesto en la "Directiva



Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos de los Órganos, Unidades Orgánicas de la Administración Central, los Órganos Desconcentrados, Programa y Organismos Públicos Adscritos del MINSA (...);

Que, con Resolución Ministerial N° 090-2022/MINSA, se aprueba la Directiva Administrativa N° 326-MINSA/OGPPM-2022, "Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud", cuyo objetivo es establecer los lineamientos metodológicos, pautas y procedimientos para el proceso de formulación, seguimiento y evaluación de los Planes Específicos en el MINSA, de acuerdo a los instrumentos de gestión sectorial e institucional;

Que, en el marco de los precitados dispositivos legales, mediante documento el visto, la Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, remite el "Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2022, del Hospital Nacional Dos de Mayo, el mismo que ha sido revisado por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, la cual mediante la Nota informativa N° 029-2022-OEPE-HNDM, de fecha 12 de abril de 2022, que adjunta el Informe N° 28-2022-EP-OEPE-HNDM, informado que el referido plan ha sido elaborado de conformidad con las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud" aprobado con Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA y cuenta con disponibilidad presupuestal por el importe de S/16,500.00 soles, para la ejecución de sus actividades, por lo que es pertinente emitir la presente resolución;

Con la visación de la Directora Adjunta de la Dirección General del Hospital Nacional Dos de Mayo, Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Administración, Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, de la Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, de la Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica y de conformidad con lo dispuesto en el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado con el Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA y Resolución Ministerial N° 053-2022-MINSA;

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Aprobar el "Plan Anual de Gestión de la Calidad 2022 del Hospital Nacional Dos de Mayo", el mismo que cuenta con ocho (08) numerales, que incluye cinco (05) anexo en un total de treinta y tres (33) páginas y forma parte integrante de la presente resolución.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** La Ejecución del referido plan está supeditado a la disponibilidad presupuestal correspondiente.

**ARTÍCULO TERCERO:** La Oficina de Gestión de la Calidad es responsable de la ejecución del mencionado Plan y de emitir su informe a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Hospital Nacional Dos de Mayo

**ARTÍCULO CUARTO:** El Responsable de Elaborar y Actualizar el Portal de Transparencia, publicará la presente resolución en el Portal Institucional.

Regístrese y Comuníquese

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
Mg. MARCO ANTONIO GAMERO ROCA  
Director General (e)  
C.M.P. 22567 R.N.E.13274



MAGR/RNVC  
c.c.

- Dirección Adjunta de la D.G.
- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina Ejecutiva de Administración
- Oficina de Gestión de la Calidad
- Departamentos
- Oficina de Estadística e Informática (Púb. Pág. Web)
- Archivo.

2 MAR 2022

Dr. Hugo Armando VALVERDE RIVERA  
SECRETARIO



**DOCUMENTO TÉCNICO:  
PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD 2022  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"**

**ÍNDICE**

	<b>Pág.</b>
I. Introducción.	2
II. Finalidad	2
III. Objetivos.	2
IV. Ámbito de aplicación	3
V. Base Legal.	3
VI. Contenido.	
6.1. Aspectos técnicos conceptuales	4
6.2. Análisis de la situación del Aspecto Sanitario o Administrativo	6
6.3. Articulación Estratégica al PEI, Articulación Operativo al POI	7
6.4. Actividades por Objetivos	7
6.5. Presupuesto	8
6.6. Financiamiento	8
6.7. Acciones de Monitoreo, Supervisión y Evaluación del Plan	9
VII. Responsabilidades	9
VIII. Anexos.	
Anexo N° 01: Matriz de Articulación Estratégica y Operativa del Plan Específico	10
Anexo N° 02 - A: Matriz de Programación de Metas Físicas y Presupuestales	11
Anexo N° 02 - B: Matriz de Programación de Metas Físicas y Presupuestales	17
Anexo N° 03: Matriz de Seguimiento de Metas Físicas y Presupuestales	23
Anexo N° 04: Matriz de Indicadores del Plan Específico	27
Anexo N° 05: Presupuesto Requerido	31

SISTEMA DE CALIDAD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
Fecha: \_\_\_\_\_

29 ABR 2022

St. Hugo Armando VALVERDE RIVERA  
SECRETARIO

**DOCUMENTO TÉCNICO:**  
**PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD 2022**  
**HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"**

**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 -2022 remitidos por la Oficina de Gestión de la Calidad de la DIRIS Lima Centro, se plantean los siguientes objetivos

**3.1. OBJETIVO GENERAL**

Incrementar en un 5% o más el cumplimiento de las actividades de calidad en las Oficinas y Departamentos del Hospital Nacional "Dos de Mayo" con la participación activa del personal.

**3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- 3.2.1. Promover una atención basada en prácticas seguras
- 3.2.2. Fortalecer la Calidad de Atención en Salud a través de la Auditoria
- 3.2.3. Promover el proceso de Autoevaluación para la Acreditación
- 3.2.4. Promover la Mejora Continua
- 3.2.5. Fortalecer la Información para la Calidad
- 3.2.6. Fortalecer el rol de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud

HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA DEL ORIGINAL"

27 FEB 2022

St. Hugo Armando VALVERDE RIVERA  
FEDATARIO

#### IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

El presente Plan es de conocimiento, aplicación y cumplimiento obligatorio por todas las Oficinas y Departamentos del Hospital Nacional "Dos de Mayo".

#### V. BASE LEGAL:

- 5.1. Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- 5.2. Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública y su modificatoria: Ley N° 28496.
- 5.3. Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- 5.4. Resolución Ministerial N° 1263-2004/MINSA, que aprueba la Directiva N° 047-2004-DGSP/MINSA-V.01—"Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud"
- 5.5. 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".
- 5.6. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
- 5.7. Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
- 5.8. Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, que aprueba el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud".
- 5.9. Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo".
- 5.10. Resolución Ministerial. N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".
- 5.11. 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"
- 5.12. Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud".
- 5.13. Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
- 5.14. Resolución Ministerial N° 090-2022/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 326-MINSA/OGPPM-2022, "Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud"

El presente documento es el presente documento de gestión de la calidad en salud del Hospital Nacional "Dos de Mayo".

20 ABR 2022

Dr. Hugo Armando VILLALBA RIVERA  
COORDINADOR

## VI. CONTENIDO:

### 6.1. ASPECTOS TECNICOS CONCEPTUALES:

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

#### 6.1.1. ENFOQUES CONCEPTUALES PARA UNA POLÍTICA DE CALIDAD EN SALUD

- a) Calidad en salud como expresión del desarrollo humano
- b) Calidad en salud como expresión de derecho a la salud
- c) Calidad en salud como enfoque gerencial en las organizaciones de salud
- d) 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:

- ✓ 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.

#### 6.1.2. PRINCIPIOS DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD

- a) **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.
- b) **Liderazgo**, el cumplimiento de los objetivos de la calidad requiere de líderes que conduzcan a sus servicios a la mejora continua.
- c) **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.
- d) **Enfoque basado en procesos**, un resultado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como proceso.
- e) **Enfoque sistémico para la gestión**, identificar, comprender y gestionar los procesos interrelacionados como sistema, contribuye a la eficiencia y eficacia de la institución.
- f) **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.
- g) **Toma de decisiones basada en evidencias**, las decisiones eficaces se basan en el análisis de datos y la información.

El presente documento es una copia del original.  
Fecha: 21 de mayo de 2022

21 MAY 2022

CLÍNICA AMERICANA VALVERDE RIVIERA  
FIDATARIO

### 6.1.3. DEFINICIONES OPERATIVAS

- a) **Acuerdos de Gestión:** Es el establecimiento de una relación escrita y firmada entre el superior jerárquico y el respectivo gerente público, con el fin de establecer los compromisos y resultados frente a la visión, misión y objetivos del organismo, se pacta por un periodo determinado e incluye la definición de indicadores de cobertura y de calidad a través de los cuales se evalúa el mismo.
- b) **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 la salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención, y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. La condición de Acreditado se otorga por Resolución Ministerial en Lima y Callao y mediante Resolución Ejecutiva Regional en las regiones.
- c) **Auditoria:** Es un proceso del sistema de gestión de la calidad que evalúa hechos con el objeto de determinar el grado de correspondencia existente entre la condición encontrada y los criterios establecidos. Es aplicable a la evaluación de la calidad de registro de las historias clínicas y sus resultados, a la evaluación del acto y la relación médico paciente para determinar la adecuación y correspondencia con los criterios establecidos (estándares) o dirigida a evaluar cualquier aspecto relacionado con el proceso de atención de los usuarios en una organización.
- d) **Autoevaluación:** Fase inicial obligatoria de evaluación 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.
- e) **Gestión de quejas y reclamos:** Se entiende como un proceso de control y mejoramiento continuo, que permite visualizar e informar de lo que sucede, cuales son las inquietudes, quejas y sugerencias que tienen los usuarios de los servicios. De igual forma se puede establecer la manera como poder resolver todas aquellas inquietudes y de esta forma combatir debilidades de los servicios de salud percibidas por los usuarios y la comunidad.
- f) **Presupuesto por resultados:** Proceso presupuestario que favorece e impulsa el desarrollo progresivo de la gestión orientada a resultados basado en estándares de calidad de la atención de los servicios de salud.
- g) **Programa de Gestión de Calidad:** Es una estrategia de implementación y operación del Sistema de Gestión de Calidad a nivel operativo. Se caracteriza por que se ejecuta en un plazo determinado, los recursos necesarios son conocidos, es único y complejo. El programa se compone de una cartera de proyectos de mejora y de desarrollo institucional.
- h) **Proyectos de Calidad:** Proceso de calidad que se expresa en documentos donde se precisan cuales actividades, tareas y procesos, procedimientos y recursos asociados deben ser aplicados por quien y cuando para cumplir con los estándares de calidad de atención establecidos.

HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO  
El presente documento es  
"COPIA FIDEL DEL ORIGINAL"  
Fecha: 20/04/2022

20 APR 2022

5

Hugo Armando VALVERDE SILVA  
Gerente

- i) **Rendición de cuentas:** Proceso de transparencia de la prestación de salud caracterizada por poner en evidencia la calidad de atención alcanzada y el uso de los recursos sanitarios locales utilizados, ante las autoridades y la comunidad.
- j) **Vigilancia de la Calidad:** Acciones conjuntas de los establecimientos de salud, el gobierno local y la comunidad organizada para participar activamente en el cumplimiento de los estándares de calidad de atención de los servicios de salud.
- k) **Satisfacción del usuario:** Percepción global de la calidad de atención percibida por el usuario externo en los servicios de salud. En el caso del usuario interno es la percepción global sobre la calidad interna del sistema de atención.
- l) **Seguridad del Paciente:** Reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas, que garanticen la obtención de óptimos resultados para el paciente.

## 6.2. ANALISIS DE LA SITUACION ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO O ADMINISTRATIVO

### 6.2.1. ANTECEDENTES

El Hospital Nacional "Dos de Mayo", a través de la Oficina de Gestión de la Calidad, viene implementando el Sistema de Gestión de la Calidad desde el año 2004, en los componentes de Organización; Planificación; Garantía y Mejora Continua e Información para la Calidad, teniendo como base los enfoques conceptuales y los principios definidos en las normas y políticas nacionales correspondientes.

En los últimos años, utilizando instrumentos como encuestas, mediciones de tiempos de espera y otros, así como la aplicación de herramientas de calidad hemos alcanzado algunos logros importantes en las líneas de: Seguridad del paciente; acciones, planes y proyectos de mejora; Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud; Autoevaluación para la Acreditación, Gestión de la información

### 6.2.2. PROBLEMA

Aun no se ha incorporado en su totalidad una Cultura de Calidad en Salud en el personal del Hospital Nacional "Dos de Mayo"

### 6.2.3. CAUSAS DEL PROBLEMA

- a) Cultura de calidad en proceso. Paradigma de la calidad como un área y no como una filosofía de trabajo.
- b) Atención centrada en documentación en lugar de enfocarnos en la atención centrada en el paciente
- c) Desconocimiento de la normatividad respecto a líneas de Gestión de la Calidad, Derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, Infracciones y Sanciones de SUSALUD etc.
- d) "Débil" Liderazgo para planificar y programar planes en Departamentos y Oficinas con enfoque de atención centrada en el paciente.
- e) No se asumen los indicadores de calidad y seguridad del paciente por Departamentos u Oficinas.

OFICINA DE GESTIÓN DE CALIDAD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"

21 ABR 2022

St. Rigo Amorín VALVERDE RIVERA  
FEDATARIO



- f) Escasa retroalimentación de parte de los Departamentos u Oficinas a pesar de los informes de encuestas, mediciones de tiempos de espera, auditorías, autoevaluaciones etc.
- g) Compromiso "parcial" de Jefaturas de Departamento y Oficina al limitarse a derivar la información al personal a cargo y no involucrarse directamente para implementar cambios y mejoras.
- h) Insuficiente capacitación institucional transversal relacionada a calidad y seguridad de la atención
- i) Falta de promoción de investigación operativa en calidad y seguridad de la atención
- j) Información inoportuna de datos como reporte de eventos adversos, implementación de recomendaciones en base a toda la información descrita en los informes de los planes relacionados a las líneas de trabajo de gestión de la calidad institucional.
- k) Personal asistencial insuficiente por renuncias y licencia, lo que dificulta la implementación permanente de las prácticas seguras

#### 6.2.4. POBLACION O ENTIDADES OBJETIVO

Todas las Oficinas y Departamentos del Hospital Nacional "Dos de Mayo".

#### 6.2.5. ALTERNATIVAS DE SOLUCION

- a) Fortalecimiento de la comunicación, difusión de la normatividad, mecanismos de coordinación
- b) Monitoreo periódico de las actividades programadas según líneas de trabajo de Gestión de la Calidad.

### 6.3. ARTICULACION ESTRATEGICA AL PEI, ARTICULACION OPERATIVA AL POI

Este Documento se articula con el Objetivo Estratégico Institucional 04 (OEI.04) Fortalecer la Rectoría y la Gobernanza sobre el Sistema de Salud; y la Gestión Institucional; para el desempeño eficiente, ético e íntegro; en el marco de la Modernización de la Gestión Pública. Asimismo, articula con la Actividad Estratégica Institucional 04.02 (AEI.04.02) Gestión orientada a resultados al servicio de la población; con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados.

Ver anexo N° 01: Matriz de Articulación Estratégica y Operativa del Plan Específico

### 6.4. ACTIVIDADES POR OBJETIVOS

#### OE1: Promover una atención basada en prácticas seguras

- ✓ Organizar los equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente
- ✓ Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo
- ✓ Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación-Análisis de Eventos Adversos
- ✓ Promover los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente
- ✓ Implementar Rondas de Seguridad de Seguridad del Paciente
- ✓ Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Adversos

#### OE2: Fortalecer la Calidad de Atención en Salud a través de la Auditoría

HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
Del Hospital Nacional "Dos de Mayo"

29 ABR 2022

Hugo Antonio VALVERDE RIVERA  
2022

- ✓ Evaluar la calidad de la atención a través de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud
- ✓ Fortalecer las competencias en Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.

**OE3: Promover el proceso de Autoevaluación para la Acreditación**

- ✓ Organizar y planificar el proceso de Autoevaluación.
- ✓ Realizar el proceso de Autoevaluación
- ✓ Analizar los resultados

**OE4: Promover la Mejora Continua**

- ✓ Fortalecer las competencias en proyectos de mejora
- ✓ Implementar la mejora continua, acciones mejora/ planes/ proyectos de mejora

**OE5: Fortalecer la Información para la Calidad**

- ✓ Medición de la satisfacción del usuario externo.

**OE6: Fortalecer el rol de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud**

- ✓ Actualizar el conocimiento de la normatividad vigente
- ✓ Fomentar el conocimiento de los derechos de los usuarios de los servicios de salud.
- ✓ Fortalecer competencias del personal de la PAUS para la atención al usuario de los servicios de salud.
- ✓ Generar información para la calidad

El Anexo N° 02 muestra la Matriz de programación de Metas Físicas y Presupuestales donde se indican las metas, unidades de medida, el cronograma y los responsables y en el Anexo N° 03 los Indicadores que permitirán la evaluación de los objetivos

## 6.5. PRESUPUESTO

La elaboración e implementación del presente plan y su difusión, tiene un costo estimado de dieciocho mil cien soles (S/ 18,100.00); pero ya se han aprobado tres planes(\*\*) que forman parte de las actividades de gestión de la calidad; por lo que requerimos la diferencia, es decir dieciséis mil quinientos soles (S/16,500.00). Ver Anexo N° 05.

\*\*De este monto:

**S/. 450.00 soles** se encuentran incluidos en el Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud aprobado mediante Resolución Directoral N° 039-2022/D/HNDM

**S/. 500.00 soles** se encuentran incluidos en el Plan de Seguridad del Paciente, aprobado mediante Resolución Directoral N° 067-2022/D/HNDM

**S/. 650.00 soles** se encuentra incluido en el Plan para el cierre de brechas en el cumplimiento de los Estándares para la Acreditación, en base a los resultados obtenidos en la Autoevaluación 2021.

## 6.6. FINANCIAMIENTO

Las actividades del presente plan, se financiarán con Recursos Ordinarios de la institución.

HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
COPIA DEL ORIGINAL

20 ABR 2022

S. Hugo Amorós VALVERDE RIVERA  
FEDATARIO

#### 6.7. ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISION Y EVALUACION DEL PLAN

La Oficina de Gestión de la Calidad realizará la supervisión, monitoreo y evaluación del cumplimiento de las actividades propuestas en este plan e informará trimestralmente los avances a la Dirección General y a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.

#### VII. RESPONSABILIDADES

- a) El personal que labora en el Hospital Nacional "Dos de Mayo", es responsable del cumplimiento permanente de lo dispuesto en el presente Plan.
- b) Las Jefaturas de todas las unidades orgánicas (Departamentos/Oficinas) son responsables de implementar las actividades que le corresponden y remitir la información respectiva a la Oficina de Gestión de la Calidad.
- c) 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.
- d) El Comité de Auditoría Médica deberá coordinar permanentemente con la Oficina de Gestión de la Calidad.

#### VIII. ANEXOS

HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"CÓPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
24 MAR 2022  
Sr. Hugo Armando VALLENDE RIVERA  
FEDATARIO

ANEXO N° 01

MATRIZ DE ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA Y OPERATIVA DEL PLAN ESPECÍFICO

Unidad Orgánica: Oficina de Gestión de la Calidad		Estructura programática y operativa				
Marco Estratégico		Acción Estratégica	Actividad operativa POI	Categoría Presupuestal	Producto	Actividad presupuestal
Objetivo Estratégico Institucional del PEI	Objetivo General del Plan	Objetivo Específico del Plan				
OEI 04 Fortalecer la Rectoría y la Gobernanza sobre el Sistema de Salud; y la Gestión Institucional, para el desempeño eficiente, ético e íntegro; en el marco de la Modernización de la Gestión Pública	Incrementar en un 5% o más el cumplimiento de las actividades de calidad en las Oficinas y Departamentos del Hospital Nacional "Dos de Mayo" con la participación activa del personal.	Promover una atención basada en prácticas seguras	Gestión - Acciones para la Mitigación de Riesgos y Fortalecimiento de la Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente.	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	Gestión Administrativa
			Gestión - Acciones para el Fortalecimiento del Control de la Calidad en Salud.			
			Gestión - Acciones para la implementación de la cultura de La calidad y mejora continua para mejorar la satisfacción del usuario			
			Gestión - Acciones para la Atención en la Plataforma de Atención al Usuario en Salud.			

COPIA DEL DOCUMENTO ORIGINAL

20 ABR 2022

Hugo Armando VALVERDE RIVERA  
SECRETARIO

**ANEXO N° 02 - A**  
**MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES**

FORMATO 1 - A: MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES		Estructura programática operativa							
Unidad Orgánica: Oficina de Gestión de la Calidad		Objetivo General del Plan: Incrementar en un 5% o más el cumplimiento de las actividades de calidad en las Oficinas y Departamentos del Hospital Nacional "Dos de Mayo" con la participación activa del personal.							
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS				Responsable		
			I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre		Meta Física Anual	
<b>OE 1: Promover una atención basada en prácticas seguras</b>	Actualización de la Resolución Directoral que conforma el Equipo de Rondas.	Resolución Directoral	1					1	Dirección General
	Actualización de la Resolución Directoral que conforma el Equipo Conductor para la implementación de la LVSC y las Coordinadoras de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.	Resolución Directoral	1					1	Dirección General
	Actualización de la Resolución Directoral que conforma el Comité de Análisis de Eventos Centinela.	Resolución Directoral	1					1	Dirección General
	Elaboración y Aprobación del Plan de Seguridad del Paciente	Resolución Directoral	1					1	Oficina de Gestión de la Calidad Dirección General
	Difusión del Plan de Seguridad del Paciente	Informe	1					1	Oficina de Gestión de la Calidad
	Monitoreo del avance del Plan de Seguridad del Paciente	Informe	1	1	1	1		4	Oficina de Gestión de la Calidad
	Capacitación en Gestión del Riesgo Asistencial, Rondas de Seguridad del Paciente, Sistema de Registro, Notificación de Incidentes, Eventos Adversos, Análisis de Eventos Centinela.	Persona capacitada			25	25		50	Oficina de Gestión de la Calidad
	<b>A 1.1: Organizar los equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente</b>								
	<b>A 1.2: Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo</b>								

HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
Calle Progreso, documento es  
COPIA DEL PLAN ANUAL  
2022  
2022

Dr. Augusto VALVERDE RIVERA  
SECRETARIO

Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2022  
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS					Responsable
			I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre	Meta Física Anual	
OE 1: Promover una atención basada en prácticas seguras	A 1.2: Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo	Persona capacitada		25	25		50	Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico Departamento de Cirugía Departamento de Enfermería Departamento de Ginecología-Obstetricia Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular
	A 1.3: Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación-Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso	Informe		1		1	2	Departamentos Asistenciales Oficina de Gestión de la Calidad
	A 1.4: Promover los Objetivos internacionales en Seguridad del Paciente	Informe	1	1	1	1	4	Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
	A 1.5: Implementar Rondas de Seguridad del Paciente	Informe		1		1	2	Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico Oficina de Gestión de la Calidad
		Informe		1		1	2	Oficina de Gestión de la Calidad
		Informe	3	3	3	3	12	Oficina de Gestión de la Calidad Departamento de Enfermería Departamento de Farmacia Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

COPIA DEL DOCUMENTO ORIGINAL  
27 MARZO 2022

Dr. Hugo Armando VALVERDE RIVERA  
FEDATARIO

Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2022  
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS					Responsable	
			I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre	Meta Física Anual		
OE 1: Promover una atención basada en prácticas seguras	A 1.5: Implementar Rondas de Seguridad de Seguridad del Paciente	Informe	1	1	1	1	4	Oficina de Gestión de la Calidad	
	A 1.6: Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Adversos	Informe		1		1	2	Oficina de Gestión de la Calidad	
	A 2.1: Planificar las actividades para la implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.	Elaboración y Aprobación del Plan de Auditoría de la Calidad	Resolución Directoral	1				1	Oficina de Gestión de la Calidad Dirección General
		Difusión del Plan de la Calidad de Atención en Salud	Memorándum Correo Electrónico	1				1	Oficina de Gestión de la Calidad
	A 2.2: Promover el uso de Guías de Práctica Clínica y/o Procedimientos en los diferentes departamentos y servicios del Hospital Nacional "Dos de Mayo"	Evaluación del cumplimiento de Plan Anual de Auditoría de Calidad	Informe	1	1	1	1	4	Oficina de Gestión de la Calidad
		Reestructuración o ratificación de los Comités de Auditoría	Resolución Directoral	1				1	Dirección General
Consolidar el listado de Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos Asistenciales vigentes		Informe	1				1	Oficina de Gestión de la Calidad	
A 2.3: Evaluar la calidad de la atención a través de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.	Medir la adherencia de GPC de las patologías prevalentes y de la Guías de Procedimiento en hospitalización/ Consulta externa/ Emergencia	Informe	1	1	1	1	4	Departamento Asistenciales	
	Asesorar en la formulación de Documentos Normativos: Guías de Práctica Clínica, Guías de Procedimientos, Listas de Verificación y Consentimientos Informados.	Informe	1			1	2	Oficina de Gestión de la Calidad	
	Realizar la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	Informe	1	1	1	1	4	Comités de Auditoría de los Departamentos	
	Coordinar con el Comité de Auditoría médica para la realización de la Auditoría de Caso.	Informe	1				1	Oficina de Gestión de la Calidad	
	Seguimiento de la implementación de las recomendaciones.	Informe		1		1	2	Oficina de Gestión de la Calidad	

HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
 El presente documento es propiedad del Hospital Nacional "Dos de Mayo"  
 20 de Mayo 2022  
 Dr. Rigo Armenta VALVERDE RIVERA  
 CEDIARIO

Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2022  
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS					Responsable
			I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre	Meta Física Anual	
OE 2: Fortalecer la Calidad de Atención en Salud a través de la Auditoría	A 2.4: Fortalecer las competencias en Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.	Correo Electrónico	1				1	Oficina de Gestión de la Calidad
		Persona capacitada		20			20	Oficina de Gestión de la Calidad
		Resolución directoral	1				1	Oficina de Gestión de la Calidad
		Resolución directoral	1				1	Oficina de Gestión de la Calidad
A 3.1: Organizar y planificar para la Autoevaluación	Capacitación a los evaluadores internos	Persona capacitada		20			20	Oficina de Gestión de la Calidad
	Elaboración del plan y designación de líder	Lista de asistencia	1				1	Evaluadores Internos
	Designación de responsables por macroproceso	Listado	1				1	Oficina de Gestión de la Calidad
	Aprobación del plan de autoevaluación	Resolución directoral		1			1	Dirección General
OE 3: Promover el proceso de Autoevaluación para la Acreditación	Difusión del plan de autoevaluación	Correo electrónico Página web		1			1	Oficina de Gestión de la Calidad
	Difusión del proceso de autoevaluación	Correo electrónico Página web			1		1	Oficina de Gestión de la Calidad
	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		1			1	Oficina de Gestión de la Calidad
	Comunicación del Inicio de la Autoevaluación	Oficio				1	1	Oficina de Gestión de la Calidad
A 3.2: Realizar la Autoevaluación	Aplicación de la lista de estándares de acreditación	Hojas de registro de datos para autoevaluación				21	21	Oficina de Gestión de la Calidad
	Procesamiento de datos y análisis de resultados	Datos en Aplicativo MINSa				1	1	Líder de los Evaluadores Internos

JUN 2022

RUGO AMARILLO VALVERDE ANITA  
 FED. N.º 10



Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2022  
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS					Responsable
			I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre	Meta Física Anual	
OE 3: Promover el proceso de Autoevaluación para la Acreditación	A 3.3: Analizar resultados	Informe				1	1	Oficina de Gestión de la Calidad
	A 4.1: Implementar la mejora continua, acciones mejor/ planes/proyectos de mejora	Listado	1				1	Oficina de Gestión de la Calidad
	A 5.1: Medición de la satisfacción del usuario externo	Informe		1			1	Oficina de Gestión de la Calidad
OE 4: Promover la Mejora Continua	A 6.1: Actualizar el conocimiento de la normatividad vigente	Informe		1			1	Oficina de Gestión de la Calidad
	A 6.2: Fortalecer el conocimiento de los derechos de los usuarios de los servicios de salud.	Lista / Correo electrónico	1				1	Oficina de Gestión de la Calidad
	A 6.3: Fortalecer competencias del personal de la PAUS para la atención al usuario de los servicios de salud.	Lista	80				80	Responsable de la PAUS
OE 5: Fortalecer la Información para la Calidad	Difusión de las normas nacionales e institucionales relacionadas con la atención de reclamos y sugerencias en los servicios de salud.	Lista / Correo electrónico	1				1	Oficina de Gestión de la Calidad
	Difusión de las normas nacionales e institucionales relacionadas con los derechos de los usuarios de los servicios de salud.	Lista / Correo electrónico	1				1	Oficina de Gestión de la Calidad
	Difusión de los derechos y deberes de los usuarios de los servicios de salud al personal de la PAUS.	Lista / Correo electrónico	1				1	Oficina de Gestión de la Calidad
OE 6: Fortalecer el rol de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud	Gestionar la adquisición de banners acrílicos de libro de reclamaciones; afiches, trípticos; libro de reclamaciones.	Memorándum/ Correo electrónico	1				1	Oficina de Gestión de la Calidad
	Capacitar al personal en Atención al usuario en salud y Derechos en Salud.	Oficio	1				1	Responsable de la PAUS
	Capacitar en manejo de conflicto y buen trato.	Persona Capacitada	80				80	Responsable de la PAUS
	Capacitar en trato humanizado en salud.	Lista	80				80	Oficina de Gestión de la Calidad
	Capacitar en trato humanizado en salud.	Lista		80			80	Oficina de Gestión de la Calidad

HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COMO RESULTADO DE LA  
EVALUACIÓN"  
2022  
G. Hugo Antonio VIVERDE RIVERA  
FISCALARIO

Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2022  
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de Medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS					Meta Física Anual	Responsable
			I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre			
OE 6: Fortalecer el rol de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud	A.6.4: Generar información para la calidad	Base de datos	1					1	Responsable de la PAUS
	Elaborar base de datos de la PAUS. Gestionar los reclamos y Elaborar el informe trimestral de reclamos	Informe	1	1	1	1		4	Responsable de la PAUS

HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA DEL ORIGINAL"  
Fecha

24 ABR 2022

Rigo Antonio VALVERDE RIVERA  
SECRETARIO

**ANEXO N° 02 -- B**  
**MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES**

Unidad Orgánica: Oficina de Gestión de la Calidad		FORMATO 1 - B: MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES													
Estructura programática del presupuesto		PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (S/)													
Objetivos Específicos	Actividad	Unidad de medida	Categoría presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	Genérica de gasto	I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre	Total Presupuesto (S/)	Responsable			
<b>OE 1: Promover una atención basada en prácticas seguras</b>	Actualización de la Resolución Directoral que conforma el Equipo de Rondas.	Resolución Directoral	9001 ACCIONES CENTRALES	SIN PRODUCTO 39999999	Gestión Administrativa		S/ 0.00				S/ 0.00	Dirección General			
	Actualización de la Resolución Directoral que conforma el Equipo Conductor para la implementación de la LVSC y las Coordinadoras de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.	Resolución Directoral					S/ 0.00				S/ 0.00	Dirección General			
	Actualización de la Resolución Directoral que conforma el Comité de Análisis de Eventos Centinela.	Resolución Directoral					S/ 0.00				S/ 0.00	Dirección General			
	Elaboración y Aprobación del Plan de Seguridad del Paciente	Resolución Directoral					S/ 0.00				S/ 0.00	Oficina de Gestión de la Calidad Dirección General			
	Difusión del Plan de Seguridad del Paciente	Informe					Informe	S/ 0.00			S/ 0.00	Oficina de Gestión de la Calidad			
	Monitoreo del avance del Plan de Seguridad del Paciente	Informe					Informe	S/ 0.00			S/ 0.00	Oficina de Gestión de la Calidad			
	Capacitación en Gestión del Riesgo Asistencial, Rondas de Seguridad del Paciente, Sistema de Registro, Notificación de Incidentes, Eventos Adversos, Análisis de Eventos Centinela.	Persona Capacitada					Persona Capacitada	S/ 0.00			S/ 0.00	Oficina de Gestión de la Calidad			
	<b>A 1.1: Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo</b>							S/ 0.00			S/ 0.00	S/ 25.00	S/ 25.00	S/ 50.00	Oficina de Gestión de la Calidad

20/11/2022  
Sr. Hugo Armando VALERDE PARRA  
COORDINADOR

Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2022  
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (S/)					Responsable				
			Categoría presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	Générica de gasto	I Trimestre		II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre	Total Presupuesto (S/)
OE 1: Promover una atención basada en prácticas seguras	A 1.2: Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo	Persona Capacitada									S/ 50.00	Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
	A 1.3: Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación-Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso	Informe	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	Gestión Administrativa						S/ 0.00	Departamentos Asistenciales Oficina de Gestión de la Calidad
A 1.4: Promover los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente	Evaluación trimestral de los formatos de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía aplicadas.	Informe									S/ 0.00	Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
	Aplicación semestral de la Encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad del Cirugía según Guía técnica.	Informe									S/ 25.00	Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
	Monitoreo de la correcta aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía	Informe									S/ 50.00	Oficina de Gestión de la Calidad

HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"Copia" del original.  
20 MAR 2022  
El Grupo Américo VALVERDE RIVERA  
FUNDADO

Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2022  
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (S/)					Total Presupuestado (S/)	Responsable			
			Categoría presupuestal	Producto	Actividad presupuestada	Genérica de gasto	I Trimestre			II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre
OE 1: Promover una atención basada en prácticas seguras	A 1.5: Implementar Rondas de Seguridad del Paciente	Informe	Ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente.	3999999	Gestión Administrativa		S/ 50.00	S/ 50.00	S/ 50.00	S/ 50.00	S/ 200.00	Oficina de Gestión de la Calidad Departamento de Enfermería Departamento de Farmacia Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
							S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00
	A 1.6: Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Adversos	Informe	Monitoreo de las acciones de mejora post ronda	S/ 0.00	S/ 25.00	S/ 25.00	S/ 50.00	Oficina de Gestión de la Calidad				
			Análisis de los Eventos Centinela mediante la Metodología del Protocolo de Londres.	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	Departamentos Asistenciales				
OE 2: Fortalecer la Calidad de Atención en Salud a través de la Auditoría	A 2.1: Planificar las actividades para la implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.	Resolución Directoral	Elaboración y Aprobación del Plan de Auditoría de la Calidad	9001 ACCIONES CENTRALES	SIN PRODUCTO	Gestión Administrativa	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	Oficina de Gestión de la Calidad Dirección General
		Memorandum Correo Electrónico	Difusión del Plan de la Calidad de Atención en Salud				S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	Oficina de Gestión de la Calidad	
	Informe	Evaluación del cumplimiento de Plan Anual de Auditoría de Calidad	S/ 10.00	S/ 15.00	S/ 10.00	S/ 15.00	S/ 50.00	Oficina de Gestión de la Calidad				
	Resolución Directoral	Reestructuración o ratificación de los Comités de Auditoría	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	Dirección General				
	A 2.2: Promover el uso de Guías de Práctica Clínica y/o Procedimientos en los diferentes departamentos y servicios del Hospital Nacional "Dos de Mayo"	Informe	Consolidar el listado de Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos Asistenciales vigentes				S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	Oficina de Gestión de la Calidad

El presente documento es propiedad del Hospital Nacional "Dos de Mayo".  
2022  
Hugo Armando AMERDE BARRA  
FEDATARIO



Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2022  
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	PROYECTUACIÓN PRESUPUESTAL (S/)					Total Presupuesto (S/)	Responsable					
			Categoría presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	Generica de gasto	I Trimestre			II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre		
OE 3: Promover el proceso de Autoevaluación para la Acreditación	A 3.1: Organizar y planificar para la Autoevaluación	Difusión del plan de autoevaluación	Correo electrónico Página web					S/ 0.00					Oficina de Gestión de la Calidad	
		Difusión del proceso de autoevaluación	Correo electrónico Página web					S/ 0.00		S/ 0.00			Oficina de Gestión de la Calidad	
	A 3.2: Realizar 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					S/ 0.00					Oficina de Gestión de la Calidad	
OE 4: Promover la Mejora Continua	A 3.3: Analizar resultados	Comunicación del inicio de la Autoevaluación	Oficio									S/ 0.00	Oficina de Gestión de la Calidad	
		Aplicación de la lista de estándares de acreditación	Hojas de registro de datos para autoevaluación									S/ 200.00	Oficina de Gestión de la Calidad	
		Procesamiento de datos y análisis de resultados	Datos en aplicativo MINSA									S/ 0.00	Lider de los Evaluadores Internos	
OE 5: Fortalecer la Información para la Calidad	A 4.1: Implementar la mejora continua, acciones mejora/ planes/ proyectos de mejora	Elaboración del informe del proceso de autoevaluación	Informe									S/ 100.00	Oficina de Gestión de la Calidad	
		Elaborar el listado de acciones/ planes/ proyectos de mejora	Listado										S/ 0.00	Oficina de Gestión de la Calidad
		Monitoreo de acciones/ planes/ proyectos de mejora	Informe						S/ 175.00				S/ 350.00	Oficina de Gestión de la Calidad
OE 6: Fortalecer el rol de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud	A 5.1: Medición de la satisfacción del usuario externo	Aplicación de la Encuesta SERVQUAL	Informe									S/ 15,000.00	Oficina de Gestión de la Calidad	
		Informe de acciones de mejora implementadas	Informe									S/ 0.00	Oficina de Gestión de la Calidad	
	A 6.1: Actualizar el conocimiento de la normatividad vigente	Difusión de las normas nacionales e institucionales relacionadas con la atención de reclamos y sugerencias en los servicios de salud.	Lista/ Correo electrónico									S/ 0.00	Oficina de Gestión de la Calidad	

HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO  
El presente documento es  
"CONFIDENTIAL"  
20/02/2022  
Sr. Hugo Amador VALVERDE RIVERA  
MEDICINA

Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2022  
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (S/)					Total Presupuesto (S/)	Responsable				
			Categoría presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	Genérica de gasto	I Trimestre			II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre	
OE 6: Fortalecer el rol de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud	A 6.1: Actualizar el conocimiento de la normatividad vigente	Lista / Correo electrónico	9001 ACCIONES CENTRALES	SIN PRODUCTO 3999999	Gestión Administrativa		S/ 0.00				S/ 0.00	Oficina de Gestión de la Calidad	
		Lista / Correo electrónico					S/ 0.00					S/ 0.00	Oficina de Gestión de la Calidad
		Memorándum/ Correo electrónico					S/ 0.00						Oficina de Gestión de la Calidad
		Oficio					S/ 1,000.00						Responsable de la PAUS
		Persona Capacitada					S/ 0.00						Responsable de la PAUS
		Lista					S/ 0.00						Oficina de Gestión de la Calidad
		Lista					S/ 0.00			S/ 0.00			Oficina de Gestión de la Calidad
		Base de datos					S/ 0.00						Responsable de la PAUS
		Informe					S/ 125.00			S/ 125.00			Responsable de la PAUS
								TOTAL PRESUPUESTO S/					S/ 18,100.00

HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es propiedad de la institución.  
2022 ABR 2022  
S. Hugo Amador VALVERDE RIVERA  
PRESIDENTE



ANEXO N° 03

MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES

FORMATO 2: MATRIZ DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES									
Unidad Orgánica: Oficina de Gestión de la Calidad									
Objetivo General del Plan: Incrementar en un 5% o más el cumplimiento de las actividades de calidad en las Oficinas y Departamentos del Hospital Nacional "Dos de Mayo" con la participación activa del personal.									
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de Medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS			PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (S/)			
			I SEMESTRE	II SEMESTRE	ANUAL	I SEMESTRE	II SEMESTRE	ANUAL	
			Programado	Programado	Programado	Programado	Programado	Programado	Programado
<p>OE 1: Promover una atención basada en prácticas seguras</p>	Actualización de la Resolución Directoral que conforma el Equipo de Rondas.	Resolución Directoral	1	0	1	S/0.00	S/0.00	S/0.00	S/0.00
	Actualización de la Resolución Directoral que conforma el Equipo Conductor para la implementación de la LYSC y las Coordinadoras de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.	Resolución Directoral	1	0	1	S/0.00	S/0.00	S/0.00	S/0.00
	Actualización de la Resolución Directoral que conforma el Comité de Análisis de Eventos Centinela.	Resolución Directoral	1	0	1	S/0.00	S/0.00	S/0.00	S/0.00
	Elaboración y Aprobación del Plan de Seguridad del Paciente	Resolución Directoral	1	0	1	S/0.00	S/0.00	S/0.00	S/0.00
	Difusión del Plan de Seguridad del Paciente	Informe	1	0	1	S/0.00	S/0.00	S/0.00	S/0.00
	Monitoreo del avance del Plan de Seguridad del Paciente	Informe	2	2	4	S/0.00	S/0.00	S/0.00	S/0.00
	Capacitación en Gestión del Riesgo Asistencial, Rondas de Seguridad del Paciente, Sistema de Registro, Notificación de Incidentes, Eventos Adversos, Análisis de Eventos Centinela.	Persona capacitada	0	50	50	S/0.00	S/50.00	S/50.00	S/50.00
	Capacitación para fortalecer los aspectos técnicos de la aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía dirigido a personal que labora en las Áreas Quirúrgicas y Centro Quirúrgico.	Persona capacitada	25	25	50	S/25.00	S/25.00	S/50.00	S/50.00
	A 1: Organizar los equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente								
	A 2: Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo								

HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
2022

Dr. Hugo Armando VALVERDE RIVERA  
DIRECTOR



Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2022  
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS				PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (S/)			
			I SEMESTRE		II SEMESTRE		I SEMESTRE		II SEMESTRE	
			Programado	Programado	Programado	Programado	Programado	Programado	Programado	Programado
<b>OE 2: Fortalecer la Calidad de Atención en Salud a través de la Auditoría</b>  <b>OE 3: Promover el proceso de Autoevaluación para la Acreditación</b>  <b>A 12: Realizar la Autoevaluación</b>	<b>A 8: Promover el uso de Guías de Práctica Clínica y/o Procedimientos en los diferentes departamentos y servicios del Hospital Nacional "Dos de Mayo"</b>  <b>A 9: Evaluar la calidad de la atención a través de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.</b>  <b>A 10: Fortalecer las competencias en Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.</b>  <b>A 11: Organizar y planificar para la Autoevaluación</b>  <b>A 12: Realizar la Autoevaluación</b>	Informe	1	1	2	1	50.00	50.00	100.00	100.00
		Informe	2	2	4	2	50.00	50.00	100.00	100.00
		Informe	1	0	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00
		Informe	1	1	2	1	50.00	50.00	100.00	100.00
		Córeo Electrónico	1	0	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00
		Persona capacitada	20	0	20	0	0.00	0.00	0.00	0.00
		Resolución directoral	1	0	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00
		Resolución directoral	1	0	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00
		Persona capacitada	20	0	20	0	0.00	0.00	0.00	0.00
		Lista de asistencia	1	0	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00
		Listado	1	0	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00
		Resolución directoral	1	0	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00
Correo electrónico	1	0	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00		
Página web	1	0	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00		
Correo electrónico	0	1	1	1	0.00	0.00	0.00	0.00		
Página web	1	0	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00		
Reunión de análisis de las fuentes de verificación de los criterios de acreditación con el equipo de evaluadores internos y responsables de macroprocesos	1	0	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00		
Comunicación del inicio de la Autoevaluación	0	1	1	1	0.00	0.00	0.00	0.00		
Oficio	0	1	1	1	0.00	0.00	0.00	0.00		

HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
 El presente documento es  
 copia fiel del original  
 20 MAR 2022  
 Sr. Hugo Armando VALERDE PUCO  
 SECRETARIO



ANEXO N° 04

MATRIZ DE INDICADORES DEL PLAN ESPECÍFICO

Declaración de Objetivos		FORMATO 3: MATRIZ DE INDICADORES DEL PLAN ESPECÍFICO				Responsable
Nombre del indicador	Indicador	Unidad de medida	Meta programada	Fuente de Información	Responsable	
						Fórmula del indicador
OG: Incrementar en un 5% o más el cumplimiento de las actividades de calidad en las Oficinas y Departamentos del Hospital Nacional "Dos de Mayo"	Porcentaje de cumplimiento de las actividades de calidad en las Oficinas y Departamentos	Porcentaje	5%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad	
	Porcentaje de Departamentos asistenciales que notifican incidentes y/o eventos adversos	N° de Departamentos que notifican incidentes y/o eventos adversos	x 100	Fichas de Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas	Departamentos Asistenciales Oficina de Gestión de la Calidad	
		N° total de Departamentos				
	Personal capacitado en el uso de herramientas para la Gestión del Riesgo y Seguridad del paciente	Personal capacitado/entrenado en Gestión del Riesgo y Seguridad del Paciente	Persona capacitada	50	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad
Personal capacitado en los aspectos técnicos de la aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía	Personal capacitado/entrenado en la aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía	Persona capacitada	50	Informe	Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico Departamento de Cirugía Departamento de Enfermería Departamento de Gineco-Obstetricia Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular	
Porcentaje de cirugías en las que se aplican la LVSC	Encuestas de evaluación de la implementación de la LVSC	N° de cirugías que aplican la LVSC	x 100	Lista de Verificación de Seguridad de Cirugía (LVSC)	Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico	
		N° total de cirugías ejecutadas				
		Informe	2	Encuesta	Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico Oficina de Gestión de la Calidad	

OE 1: Promover una atención basada en prácticas seguras

HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
 2022  
 VERDE RIVERA



Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2022  
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

Declaración de Objetivos	Indicador		Unidad de medida	Meta programada	Fuente de Información	Responsable
	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador				
OE 4: Promover la Mejora Continua	Porcentaje de servicios que elaboran acciones/planes de mejora	N° de servicios que elaboran acciones/planes de mejora N° total de servicios	x 100	50%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad
	Porcentaje de Usuarios satisfechos			80%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad
OE 5: Fortalecer la Información para la Calidad	Personal capacitado en deberes y derechos de los usuarios	Personal capacitado/entrenado en auditoría de calidad de la atención en salud	Persona capacitada	20	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad
	Porcentaje por tipo de Reclamos	Tipo de Reclamos	Porcentaje	100%	Informe	Plataforma de Atención al Usuario en Salud
OE 6: Fortalecer el rol de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud	Porcentaje de hojas de Reclamaciones (Físico y Virtual) presentadas por pacientes asegurados	Número reclamos que formulan los pacientes asegurados en el LR Número Total de Hojas de reclamaciones presentadas	x 100	100%	Informe	Plataforma de Atención al Usuario en Salud
	Porcentaje de hojas de Reclamaciones (Físico y Virtual) presentadas por pacientes no asegurados	Número reclamos que formulan los pacientes no asegurados en el LR Número Total de Hojas de reclamaciones presentadas	x 100	100%	Informe	Plataforma de Atención al Usuario en Salud
OE 6: Fortalecer el rol de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud	Porcentaje de reclamos en Salud más frecuentes	Número de reclamos por derecho vulnerado Total de reclamos recibidos	x 100	100%	Informe	Plataforma de Atención al Usuario en Salud
	Porcentaje de reclamos según servicios	Número de reclamos por servicio Total de reclamos recibidos	x 100	100%	Informe	Plataforma de Atención al Usuario en Salud
OE 6: Fortalecer el rol de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud	Porcentaje de reclamos fundados	Número de reclamos fundados Total de reclamos recibidos	x 100	100%	Informe	Plataforma de Atención al Usuario en Salud
	Porcentaje de reclamos infundados	Número de reclamos infundados Total de reclamos recibidos	x 100	100%	Informe	Plataforma de Atención al Usuario en Salud
OE 6: Fortalecer el rol de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud	Porcentaje de reclamos improcedentes	Número de reclamos improcedente Total de reclamos recibidos	x 100	100%	Informe	Plataforma de Atención al Usuario en Salud
	Porcentaje de reclamos s improcedentes	Número de reclamos improcedente Total de reclamos recibidos	x 100	100%	Informe	Plataforma de Atención al Usuario en Salud

Hospital Nacional "Dos de Mayo"
   
 El presente documento es
   
 "CÓPIA FIEL DEL ORIGINAL"
   
 20 MAR 2022
   
 Diego Armando VALERDE RIVERA
   
 FEDATARIO

Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2022  
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

Declaración de Objetivos	Indicador		Unidad de medida	Meta programada	Fuente de información	Responsable
	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador				
OE 6: Fortalecer el rol de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud	Porcentaje de reclamos con propuestas de acciones de mejora y/o medidas correctivas	$\frac{\text{Número de reclamos con propuestas de acciones de mejora y/o medidas correctivas}}{\text{Total de reclamos declarados fundados}} \times 100$	Porcentaje	100%	Informe	Plataforma de Atención al Usuario en Salud
	Porcentaje de reclamos con acciones de mejora y/o medidas correctivas implementadas	$\frac{\text{Número de reclamos con acciones de mejora y/o medidas correctivas implementadas}}{\text{Total de reclamos con propuestas de acciones de mejora y/o medidas correctivas}} \times 100$	Porcentaje	100%	Informe	Plataforma de Atención al Usuario en Salud

REVISADO Y APROBADO  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
PROPIEDAD DEL HOSPITAL  
2022

20 ABR 2022

H. Hugo Armando VALVERDE RIVERA  
COORDINADOR



**ANEXO N° 05**  
**PRESUPUESTO REQUERIDO**

Objetivo Específico del Plan	Actividad Operativa	Costo de la Actividad		
Promover una atención basada en prácticas seguras	Actualización de la Resolución Directoral que conforma el Equipo de Rondas.	S/. 0		
	Actualización de la Resolución Directoral que conforma el Equipo Conductor para la implementación de la LVSC y las Coordinadoras de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.	S/. 0		
	Organizar los equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente	Actualización de la Resolución Directoral que conforma el Comité de Análisis de Eventos Centinela.	S/. 0	
		Elaboración del Plan de Seguridad del Paciente	S/. 0	
		Aprobación del Plan de Seguridad del Paciente	S/. 0	
		Difusión del Plan de Seguridad del Paciente	S/. 0	
		Monitoreo del avance del Plan de Seguridad del Paciente	S/. 0	
		Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo	Capacitación en Gestión del Riesgo Asistencial, Rondas de Seguridad del Paciente, Sistema de Registro, Notificación de Incidentes, Eventos Adversos, Análisis de Eventos Centinela.	S/. 50.00
			Capacitación para fortalecer los aspectos técnicos de la aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía dirigido a personal que labora en las Áreas Quirúrgicas y Centro Quirúrgico.	S/. 50.00
	Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación-Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso	Registro, consolidación y análisis de los incidentes y/o eventos adversos	S/. 0	
	Promover los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente	Evaluación trimestral de los formatos de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía aplicadas.	S/. 0	
		Aplicación semestral de la Encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía según Guía técnica.	S/. 50.00	
		Monitoreo de la correcta aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía	S/. 100.00	
	Implementar Rondas de Seguridad de Seguridad del Paciente	Ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente.	S/. 200.00	
		Verificación de las Buenas practicas	S/. 0	
		Monitoreo de las acciones de mejora post ronda	S/. 50.00	
	Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Adversos	Análisis de los Eventos Centinela mediante la Metodología del Protocolo de Londres.	S/. 0	

HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
AL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
20 MAR 2022

20 MAR 2022

Dr. Hugo Armando VALENTE RIVERA  
SECRETARIO

Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2022  
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

Objetivo Específico del Plan	Actividad Operativa	Costo de la actividad		
Fortalecer la Calidad de Atención en Salud a través de la Auditoría	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	S/. 0	
		Aprobación del Plan de Auditoría de la Calidad	S/. 0	
		Difusión del Plan de la Calidad de Atención en Salud	S/. 0	
		Evaluación del cumplimiento de Plan Anual de Auditoría de Calidad	S/. 50.00	
		Reestructuración o ratificación de los Comités de Auditoría	S/. 0	
	Promover el uso de Guías de Práctica Clínica y/o Procedimientos en los diferentes departamentos y servicios del Hospital Nacional "Dos de Mayo"	Consolidar el listado de Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos Asistenciales vigentes	S/. 0	
		Medir la adherencia de GPC de las patologías prevalentes y de la Guías de Procedimiento en hospitalización/ Consulta externa/ Emergencia	S/. 100.00	
		Asesorar en la formulación de Documentos Normativos: Guías de Práctica Clínica, Guías de Procedimientos, Listas de Verificación y Consentimientos Informados.	S/. 100.00	
	Evaluar la calidad de la atención a través de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.	Realizar la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	S/. 100.00	
		Coordinar con el Comité de Auditoría médica para la realización de la Auditoría de Caso.	S/. 0	
		Seguimiento de la implementación de las recomendaciones.	S/. 100.00	
	Fortalecer las competencias en Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.	Difusión de la Norma Técnica de Auditoría	S/. 0	
		Entrenar/ Capacitar a los comités de auditoría de la calidad de la atención en salud.	S/. 0	
	Promover el proceso de Autoevaluación para la Acreditación	Organizar y planificar para la Autoevaluación	Conformación del Equipo de Acreditación	S/. 0
			Conformación del Evaluadores Internos	S/. 0
Capacitación a los evaluadores internos			S/. 0	
Elaboración del Plan y designación de líder			S/. 0	
Designación de responsables por macroproceso			S/. 0	
Aprobación del Plan de autoevaluación			S/. 0	
Difusión del Plan de autoevaluación			S/. 0	
Realizar la Autoevaluación		Difusión del proceso de autoevaluación	S/. 0	
		Reunión de análisis de las fuentes de verificación de los criterios de acreditación con el equipo de evaluadores internos y responsables de macroprocesos	S/. 0	
		Comunicación del Inicio de la Autoevaluación	S/. 0	
Analizar resultados		Aplicación de la lista de estándares de acreditación	S/. 200.00	
		Procesamiento de datos y análisis de resultados	S/. 0	
Promover la Mejora Continua	Implementar la mejora continua, acciones mejora/ planes/ proyectos de mejora	Elaboración del listado de acciones/ planes/ proyectos de mejora	S/. 0	
		Monitoreo de acciones/ planes/ proyectos de mejora	S/. 350.00	

Hospital Nacional "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
propiedad del HNS "DOS DE MAYO"  
Fecha: 2022

20 MAR 2022

St. Hugo Armador VALVERDE RIVERA  
COORDINADOR

**Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2022**  
**Hospital Nacional "Dos de Mayo"**

Objetivo Específico del Plan	Actividad Operativa		Costo de la actividad
Fortalecer la Información para la Calidad	Medición de la satisfacción del usuario externo	Aplicación de la Encuesta SERVQUAL	S/. 15,000.00
		Informe de acciones de mejora implementadas	S/. 0
Fortalecer el rol de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud	Actualizar el conocimiento de la normatividad vigente	Difusión de las normas nacionales e institucionales relacionadas con la atención de reclamos y sugerencias en los servicios de salud.	S/. 0
		Difusión de las normas nacionales e institucionales relacionadas con los derechos de los usuarios de los servicios de salud.	S/. 0
	Fortalecer el conocimiento de los derechos de los usuarios de los servicios de salud.	Difusión de los derechos y deberes de los usuarios de los servicios de salud al personal de la PAUS.	S/. 0
		Difusión de los derechos y deberes de los usuarios de los servicios de salud a las Jefaturas de Departamentos y Oficinas.	S/. 0
		Gestionar la adquisición de banners acrílicos de libro de reclamaciones; afiches, trípticos; libro de reclamaciones.	S/. 1,000.00
	Fortalecer competencias del personal de la PAUS para la atención al usuario de los servicios de salud.	Capacitar al personal en Atención al usuario en salud y Derechos en Salud.	S/. 0
		Capacitar en manejo de conflicto y buen trato.	S/. 0
	Generar información para la calidad	Capacitar en trato humanizado en salud.	S/. 0
		Elaborar base de datos de la PAUS.	S/. 0
		Generar información para la calidad	Gestionar los reclamos y Elaborar el informe trimestral de reclamos
			<b>S/. 18,100.00</b>
**El presupuesto requerido para las actividades a realizar, al descontar los presupuestos ya aprobados en los planes descritos a continuación , es de: dieciséis mil quinientos soles (S/ 16,500.00)			<b>S/. 16,500.00</b>

\*\*De este monto:

**S/. 450.00 soles** se encuentran incluidos en el Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud aprobado mediante Resolución Directoral N° 039-2022/D/HNDM

**S/. 500.00 soles** se encuentran incluidos en el Plan de Seguridad del Paciente, aprobado mediante Resolución Directoral N° 067-2022/D/HNDM

**S/. 650.00 soles** se encuentra incluido en el Plan para el cierre de brechas en el cumplimiento de los Estándares para la Acreditación, en base a los resultados obtenidos en la Autoevaluación 2021.

Hospital Nacional "Dos de Mayo"
   
 Oficina de Gestión de la Calidad
   
 21 FEB 2022
   
 Sr. Hugo Antonio VALCROS RIVERA
   
 Gerente

