



Resolución Directoral

Lima, 31 de diciembre de 2025

VISTO:

El Expediente Administrativo Registro N° 50277-2025, que contiene, entre otros documentos, el proyecto del Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2026, Hospital Nacional "Dos de Mayo";

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar, de la Ley N° 26842 – Ley General de Salud, establece que, es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. 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, el artículo 2° de la precitada Ley establece que, toda persona tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales;

Que, el artículo 9°, del Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece que, los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo están obligados a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes, a proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, a protegerlos integralmente contra riesgos innecesarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual tiene como finalidad contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo; además, como objetivo establece los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, se aprobó el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud", el cual tiene como objetivo 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 tenga un impacto en los resultados sanitarios;

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

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprobó el Documento Técnico: "Plan Nacional de Calidad en Salud", el cual tiene como finalidad 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; y, como objetivo, 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 la Resolución Ministerial N° 215-2025-PCM, se aprueba la Directiva Administrativa N° 375-MINSA/OGPPM-2025: "Directiva Administrativa para la Formulación, Aprobación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud", con el objetivo de establecer los lineamientos metodológicos, pautas y procedimientos para el proceso de formulación, seguimiento y evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud, de acuerdo a los instrumentos de gestión sectorial e institucional;



Que, el numeral 5.2, del capítulo V, de la precitada normativa, establece que el Plan Específico es una herramienta de gestión que establece los objetivos que se desea alcanzar, sobre una determinada materia; asimismo, orienta la asignación de recursos para implementar actividades y proyectos específicos para abordar determinados campos (intervenciones sanitarias y administrativas relevantes) programados o de emergencia a ser ejecutadas en un periodo mensual, anual o multianual, de aplicación sectorial o multisectorial;

Que, con Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 011-2022-PCM/SGP, se aprobó la Norma Técnica N° 001-2022-PCM-SGP: Norma Técnica para la Gestión de la Calidad de Servicios del Sector Público, la cual tiene como objetivo establecer disposiciones técnicas que orienten a las entidades de la administración pública para la evaluación y mejora de los bienes y servicios que proveen y prestan a las personas; y, a su vez, tiene como finalidad mejorar la calidad de los bienes y servicios que brindan las entidades de la administración pública a fin de contribuir con la generación de valor público;

Que, con Informe N° 062-2025-OGC-HNDM, de fecha 26 de diciembre de 2025, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, emite el sustento técnico para la aprobación del proyecto del Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2026, Hospital Nacional "Dos de Mayo", el cual tiene como finalidad fortalecer la calidad y la seguridad de la atención en los servicios de salud, que brinda el Hospital Nacional "Dos de Mayo", mediante la implementación de acciones orientadas a la mejora continua y al cumplimiento de los estándares institucionales de calidad;

Que, a través del Informe N° 138-2025-OEPE-N.° 067-EPP-HNDM, de fecha 11 de diciembre de 2025, la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, concluye que, el proyecto del Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2026, Hospital Nacional "Dos de Mayo", cumple con la normatividad vigente y cuenta con saldo de libre certificación por un monto de S/ 23,900.00 Soles, por lo que resulta procedente aprobar el mismo mediante el presente acto resolutorio;

Estando a lo propuesto por la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

Con la visación del Director Adjunto de la Dirección General, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Administración, de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad; y, del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo establecido por la Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Dos de Mayo y la Resolución Ministerial N° 886-2023/MINSA, de fecha 15 de setiembre de 2023, que designa temporalmente en el puesto de Director de Hospital III (CAP-P N° 001), de la Dirección General del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2026, Hospital Nacional "Dos de Mayo", el mismo que en treinta y tres (33) fojas, forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- Disponer que, Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Hospital, realice las actividades de monitoreo, seguimiento, evaluación y ejecución de la implementación del presente Plan; realizando además su difusión a todas las unidades orgánicas involucradas para su ejecución.

Artículo 3°.- Disponer que, Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Hospital, informe a la Dirección General y a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, la ejecución de las actividades del mencionado Plan.

Artículo 4°.- Disponer que, la Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática, publique la presente Resolución Directoral en el portal del Hospital Nacional Dos de Mayo <http://www.hdosdemayo.gob.pe>.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese

VRGP/JVT/amdcyd

- C.c.:
- Dirección General
 - Ofc. de Control Institucional
 - Dirección Adjunta
 - Oficina de Gestión de la Calidad
 - Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
 - Oficina Ejecutiva de Administración
 - Oficina de Asesoría Jurídica
 - Oficina de Estadística e Informática (Pág. Web)
 - Archivo

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
M.C. VICTOR RAFAEL GONZALEZ PEREZ
DIRECTOR GENERAL - DIRECCIÓN GENERAL
C.M.P. 27450 - R.N.E. 13977

**DOCUMENTO TÉCNICO:
PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2026**

ÍNDICE

	Pág.
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 – Definiciones operativas	4
6.2. Análisis de la situación del Sistema de Gestión de la Calidad	6
6.3. Articulación Estratégica al PEI, Articulación Operativo al POI	7
6.4. Actividades por Objetivos	8
6.5. Presupuesto	9
6.6. Financiamiento	9
6.7. Seguimiento del Plan (Seguimiento y Monitoreo)	9
6.8. Indicadores por objetivo general y específicos	9
6.9. Evaluación del Plan	9
VII. Responsabilidades	10
VIII. Anexos.	
Anexo N° 01 - A: Matriz de Programación de Metas Físicas y Presupuestales	11
Anexo N° 01 - B: Matriz de Programación de Metas Físicas y Presupuestales	18
Anexo N° 02: Matriz de Seguimiento y Evaluación de Metas Físicas y Presupuestales	24
Anexo N° 03: Matriz de Indicadores del Plan	29
IX. Bibliografía	33



**DOCUMENTO TÉCNICO:
PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2026
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"**

I. INTRODUCCIÓN:

"La calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud brindados a las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios", según OMS.

"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:

Fortalecer la calidad y la seguridad de la atención en los servicios de salud, que brinda el Hospital Nacional "Dos de Mayo", mediante la implementación de acciones orientadas a la mejora continua y al cumplimiento de los estándares institucionales de calidad.

III. OBJETIVOS:

3.1. OBJETIVO GENERAL

Incrementar en un 10% o más el nivel de cumplimiento de las actividades de calidad en las Oficinas y Departamentos del Hospital Nacional "Dos de Mayo" promoviendo la participación activa del personal en los procesos de mejora continua.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

Los objetivos se basan en la Matriz de Programación del Plan de Gestión de la Calidad de las IPRESS - 2026 remitidos por la Oficina de Gestión de la Calidad de la DIRIS Lima Centro.



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 sus modificatorias (Ley N° 28496 y Ley N° 30057).
- 5.3. Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- 5.4. Decreto Supremo N° 026-2020-SA, Decreto Supremo que aprueba el Plan Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú, País Saludable".
- 5.5. 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"
- 5.6. 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".
- 5.7. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
- 5.8. Resolución Ministerial N° 142-2007/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales".
- 5.9. 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" y sus modificatorias (Resoluciones Ministeriales N° 777-2007/MINSA, N° 072-2008/MINSA, N° 537-2008/MINSA y N° 491-2012/MINSA)
- 5.10. Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, que aprueba el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud".
- 5.11. Resolución Ministerial N° 603-2007/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 118-MINSA/DST-V.02 "Directiva Administrativa que regula el procedimiento para la atención de consultas, sugerencias, quejas, solicitudes de interposición de buenos oficios y consejería en la Defensoría de la Salud y Transparencia del Ministerio de Salud".
- 5.12. Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo" y su modificatoria.
- 5.13. Resolución Ministerial. N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".
- 5.14. Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- 5.15. Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica: "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad"
- 5.16. 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".



- 5.17. Resolución Ministerial N° 896-2017/MINSA, que crea, en la Secretaría General del Ministerio de Salud, la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud y su modificatoria.
- 5.18. Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN: "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud".
- 5.19. Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- 5.20. Resolución Ministerial N° 215-2025/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 375-MINSA/OGPPM-2025: "Directiva Administrativa para la Formulación, Aprobación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud".
- 5.21. Resolución Ministerial N° 877-2025/MINSA, que crea el Grupo de Trabajo Multisectorial de naturaleza temporal para elaborar la propuesta de Plan Nacional de Calidad en Salud y Seguridad del Paciente 2026-2030.
- 5.22. Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 011-2022-PCM/SGP, que aprueba la Norma Técnica N° 001-2022-PCM-SGP, Norma Técnica para la Gestión de la Calidad de Servicios del Sector Público.
- 5.23. Resolución Directoral N° 046-2025/D/HNDM, que aprueba el Documento Técnico: "Manual Institucional para la Gestión de Reclamos y Sugerencias".

VI. CONTENIDO:

6.1 ASPECTOS TÉCNICOS 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 GESTIÓN 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.

6.1.3. DEFINICIONES OPERATIVAS

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.

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.

Auditoría: 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.

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.

Gestión de quejas y reclamos: Se entiende como un proceso de control y mejoramiento continuo, que permite visualizar e informar de lo que sucede, cuáles 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.

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.

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.

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.

Rendición de cuentas: Proceso de transparencia de la prestación de salud caracterizada poner en evidencia la calidad de atención alcanzada y el uso de los recursos sanitarios locales utilizados, ante las autoridades y la comunidad.

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.

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.

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

6.2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

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

Cultura de Calidad en Salud incipiente, enfocada en la generación de documentación más que en atención centrada en los usuarios externos y en la satisfacción de sus necesidades.

Falta de retroalimentación positiva en base a la información generada en las líneas de gestión de la calidad.



6.2.3. CAUSAS DEL PROBLEMA

- a) Predominio del paradigma que concibe la calidad como una función atribuida a un área específica y no como una filosofía de trabajo transversal.
- b) Incumplimiento de la normatividad vigente respecto a líneas de Gestión de la Calidad, Derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, Infracciones y Sanciones de SUSALUD etc.
- c) "Débil" Liderazgo para planificar y programar planes en Departamentos y Oficinas con enfoque de atención centrada en el paciente.
- d) No se asumen los indicadores de calidad y seguridad del paciente por Departamentos u Oficinas.
- e) 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 como parte de la retroalimentación en base a de los informes de encuestas, mediciones de tiempos de espera, auditorías, autoevaluaciones etc.
- f) Insuficiente capacitación institucional transversal relacionada a calidad y seguridad de la atención
- g) Falta de promoción de investigación operativa en calidad y seguridad de la atención
- h) Información reportada fuera de los plazos establecidos 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.
- i) Personal asistencial insuficiente, lo que dificulta la implementación permanente de las prácticas seguras.

6.2.4. POBLACIÓN O ENTIDADES OBJETIVO

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

6.2.5. ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

- 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.
- c) Promover en los trabajadores el desarrollo de una cultura de la calidad y la mejora continua.
- d) Promover el Modelo de Atención Centrada en el Paciente

6.3. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA AL PEI, ARTICULACIÓN OPERATIVA AL POI

Este Documento articula con el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2025-2030 del Ministerio de Salud, en el Objetivo Estratégico Institucional 06 (OEI.06): "Fortalecer la Implementación de los Esquemas de Modernización en el Ministerio de Salud". Asimismo, articula con la Acción Estratégica Institucional 06.02 (AEI.06.02): Gestión por procesos fortalecida para el ejercicio de rol y funciones del MINSA.

En cuanto a la Articulación Operativa, se articula con el Plan Operativo Institucional Multianual (POIM) 2026-2028, articula con las siguientes Actividades Operativas:

- **AOI00014400343** Acciones para el fortalecimiento de garantía de la calidad en salud a través de la Auditoría.
- **AOI00014400578** Acciones para la implementación de la cultura de la calidad y mejora continua para mejorar la satisfacción de los usuarios.
- **AOI00014400579** Acciones para el fortalecimiento de la plataforma de atención al usuario en salud.
- **AOI00014400580** Acciones para el fortalecimiento de las buenas prácticas en seguridad del paciente y gestión del riesgo.
- **AOI00014400760** Acciones para el fortalecimiento de garantía de la calidad en salud a través de la Autoevaluación para la Acreditación.

6.4. ACTIVIDADES POR OBJETIVOS

OE1: Fortalecer la Calidad de Atención en Salud a través de la Auditoría

- Implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- Promover el uso y la adherencia a las Guías de Práctica Clínica y/o Procedimientos institucionales
- Evaluación periódica de la calidad de la atención a través de la ejecución de Auditorías de la Calidad de Atención en Salud
- Fortalecimiento de las competencias del personal involucrado en los procesos de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.

OE2: Promover la Mejora Continua

- Fortalecimiento de las competencias del personal en la formulación, implementación y evaluación de proyectos de mejora.
- Implementación de la mejora continua, mediante la ejecución de acciones, planes y proyectos de mejora.

OE3: Fortalecer la Información para la Calidad

- Medición de la satisfacción del usuario externo (encuestas SERVQUAL).
- Medición de la satisfacción de las usuarias en la atención prenatal
- Medición de la satisfacción de las usuarias con la atención del parto
- Medición de tiempo de espera en los servicios

OE4: Fortalecer el rol de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud

- Actualización en el conocimiento de la normatividad vigente
- Promover el conocimiento y ejercicio de los derechos de los usuarios de los servicios de salud.
- Fortalecimiento de las competencias del personal de la PAUS para la atención integral y oportuna al usuario de los servicios de salud.
- Elaboración de la información para la calidad promoviendo la mejora continua

OE5: Promover una atención basada en prácticas seguras

- Organización de los equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente
- Fortalecimiento de las competencias del personal en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo
- Fortalecimiento del Sistema de Registro-Notificación-Análisis de Eventos Adversos
- Fortalecimiento del Proceso de Análisis de los Eventos Adversos
- Promover el cumplimiento de los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente
- Implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente

OE6: Promover el proceso de Autoevaluación para la Acreditación

- Planificación y organización del proceso de Autoevaluación para la acreditación institucional.
- Realización del proceso de Autoevaluación para la acreditación institucional.
- Evaluación de los resultados generados por el proceso de autoevaluación para determinar fortalezas y procesos susceptibles de mejora institucional.

El Anexo N° 01 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 veintitrés mil novecientos soles (S/ 23,900.00). Ver Anexo N° 05.

Cada área (Departamento/Oficina), elaborará su plan de actividades para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad y lo presupuestará, de ser necesario.

6.6. FINANCIAMIENTO

Las actividades del presente plan, se financiarán con recursos de la Meta presupuestal 0112 Acciones del Sistema de Gestión de la Calidad.

6.7. SEGUIMIENTO DEL PLAN (MONITOREO Y SUPERVISIÓN)

La Oficina de Gestión de la Calidad realizará la supervisión y monitoreo 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.

6.8. INDICADORES POR OBJETIVO GENERALES Y ESPECIFICOS

Se muestra en el anexo N° 03: Matriz de indicadores



6.9. EVALUACIÓN DEL PLAN

La Oficina de Gestión de la Calidad realizará la 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) La Dirección General es responsable de la aprobación y difusión del presente plan.
- b) La Oficina de Gestión de la Calidad será responsable de monitorear, supervisar y evaluar la ejecución de las actividades del presente plan.
- c) 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.
- d) 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 hasta la última semana del trimestre que finaliza
- e) El Comité de Auditoría Médica y el Comité de Auditoría en Salud deberán coordinar permanentemente con la Oficina de Gestión de la Calidad.
- f) El personal que labora en el Hospital Nacional "Dos de Mayo", es responsable del cumplimiento permanente de lo dispuesto en el presente Plan.

VIII. ANEXOS



ANEXO N° 01 - A

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS					Responsable	
			Primer Semestre		Segundo Semestre		Total Programado		
			I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre			
OE 1: Fortalecer la Calidad de Atención en Salud a través de la Auditoría	A 1.1: Implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.	Elaboración y Aprobación del Plan de Auditoría de la Calidad de atención en salud	1				1	Oficina de Gestión de la Calidad Dirección General	
		Difusión del Plan de Auditoría de la Calidad de atención en salud	1				1	Oficina de Gestión de la Calidad	
		Monitoreo del Plan de Auditoría de la Calidad de atención en salud	1	1	1	1	4	Oficina de Gestión de la Calidad	
		Reestructuración o ratificación de los Comités de Auditoría	1				1	Dirección General	
	A 1.2: Promover el uso y adherencia a las Guías de Práctica Clínica y/o Procedimientos institucionales	Consolidar el listado de Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos Asistenciales vigentes	Informe		1			1	Oficina de Gestión de la Calidad
		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
	A 1.3: Evaluación periódica de la calidad de la atención a través de la ejecución de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.	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	1	1	4	Oficina de Gestión de la Calidad

Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2026
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS					Responsable
			Primer Semestre		Segundo Semestre		Total Programado	
			I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre		
OE 1: Fortalecer la Calidad de Atención en Salud a través de la Auditoría	A 1.4: Fortalecimiento de las competencias del personal involucrado en los procesos de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.	Correo Electrónico	1				1	Oficina de Gestión de la Calidad
		Persona capacitada		30			30	Oficina de Gestión de la Calidad
OE 2: Promover la Mejora Continua	A 2.1: Fortalecimiento de las competencias del personal en la formulación, implementación y evaluación de proyectos de mejora	Persona capacitada		20			20	Oficina de Gestión de la Calidad
		Resolución Directoral	1				1	Dirección General
	A 2.2: Implementación de la mejora continua, mediante la ejecución de acciones de mejora/ planes/ proyectos de mejora.	Listado		1		1	2	Oficina de Gestión de la Calidad
		Informe		1		1	2	Oficina de Gestión de la Calidad
OE 3: Fortalecer la Información para la Calidad	A 3.1: Medición de la satisfacción del usuario externo	Informe			1		1	Oficina de Gestión de la Calidad
		Informe						Oficina de Gestión de la Calidad
	A 3.2: Medición de la satisfacción de las usuarias en la atención prenatal	Informe		1			2	Oficina de Gestión de la Calidad
	A 3.3: Medición de la satisfacción de las usuarias en la atención del parto	Informe	1			1	2	Oficina de Gestión de la Calidad
		Informe	1		1		2	Oficina de Gestión de la Calidad
	A 3.4: Medición del tiempo de espera en los servicios	Informe	1	1	1	1	4	Oficina de Gestión de la Calidad
		Informe						

Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2026
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS					Responsable
			Primer Semestre		Segundo Semestre		Total Programado	
			I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre		
OE 4: Fortalecer el rol de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud	A 4.1: Actualización en el conocimiento de la normatividad vigente	Lista/ Correo electrónico	1				1	Oficina de Gestion de la Calidad
		Lista / Correo electrónico	1				1	Oficina de Gestión de la Calidad
	A 4.2: Promover el conocimiento y ejercicio de los derechos de los usuarios de los servicios de salud.	Nota Informativa	1				1	Responsable de la PAUS Oficina de Gestión de la Calidad
		Nota Informativa		1			1	Responsable de la PAUS Oficina de Gestión de la Calidad
		Nota Informativa	1				1	Responsable de la PAUS Oficina de Gestión de la Calidad
		Nota Informativa	1				1	Responsable de la PAUS Oficina de Gestion de la Calidad
		Nota Informativa						Responsable de la PAUS Oficina de Gestion de la Calidad
		Nota Informativa					1	Responsable de la PAUS Oficina de Gestión de la Calidad



OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS					Responsable
			Primer Semestre		Segundo Semestre		Total Programado	
			I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre		
OE 4: Fortalecer el rol de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud	A 4.3: Fortalecimiento de las competencias del personal de la PAUS para la atención integral y oportuna al usuario de los servicios de salud	Lista de Participantes		5			5	Responsable de la PAUS
		Lista de Participantes		50			5	Responsable de la PAUS Oficina de Gestión de la Calidad
	Elaborar base de datos de la PAUS.	Base de datos	1				1	Responsable de la PAUS
	Elaborar el Informe Trimestral de Reclamos	Informe	1	1	1	1	4	Responsable de la PAUS
	A 4.4: Elaboración de la información para la calidad promoviendo la mejora continua	Declaración Jurada Carga Oportuna Mensual	3	3	3	3	12	Responsable de la PAUS
OE 5: Promover una atención basada en prácticas seguras	Reporte Mensual de Reclamos a FISSAL, DIRIS Lima Centro.	Reporte Mensual	3	3	3	3	12	Responsable de la PAUS
	Aprobación del Equipo de Rondas de seguridad del paciente.	Resolución Directoral	1				1	Dirección General
	Aprobación del cronograma anual de las rondas de seguridad del paciente	Resolución Directoral	1				1	Dirección General
	Aprobación del Equipo Conductor y Coordinadores de la LVSC por turno quirúrgico	Resolución Directoral	1				1	Dirección General
	A 5.1: Organización de los equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente	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 Plan de Seguridad del Paciente	Informe	1	1	1	1	4	Oficina de Gestión de la Calidad
	Gestionar actividades por la Semana de la Seguridad del Paciente	Informe	1	1				Oficina de Gestión de la Calidad



OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS					Responsable
			Primer Semestre		Segundo Semestre		Total Programado	
			I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre		
OE 5: Promover una atención basada en prácticas seguras	Capacitación/ Asistencia técnica en Sistema de Notificación de Eventos Adversos, Análisis de Evento Centinela, Rondas de Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgo Asistenciales	Persona capacitada		50			50	Oficina de Personal Oficina de Capacitación, Docencia e Investigación Oficina de Gestión de la Calidad
	A 5.2: Fortalecimiento de las competencias del personal en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo	Persona capacitada		25	25		50	Departamentos Quirúrgicos Departamento de Enfermería
	Monitoreo de la implementación de prácticas seguras	Informe	1	1	1	1	4	Departamentos Asistenciales Oficina de Gestión de la Calidad
	A 5.3: Fortalecimiento del Sistema de Registro-Notificación-Análisis de Eventos Adversos	Informe	1	1	1	1	4	Departamentos Asistenciales Oficina de Gestión de la Calidad
	A 5.4: Fortalecimiento del Proceso de Análisis de los Eventos Adversos	Informe		1		1	2	Departamentos Asistenciales
		Informe	1	1	1	1	4	Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
	A 5.5: Promover el cumplimiento de los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente	Encuesta		1		1	2	Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico Oficina de Gestion de la Calidad
	Monitoreo de la correcta aplicación de la LVSC	Informe		1		1	2	Oficina de Gestión de la Calidad

Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2026
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS					Responsable	
			Primer Semestre		Segundo Semestre		Total Programado		
			I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre			
OE 5: Promover una atención basada en prácticas seguras	A 5.5: Promover el cumplimiento de los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente	Seguimiento de las acciones de mejora desarrolladas en base a los resultados de la encuesta de la evaluación de la implementación de la LVSC.		1		1	2	Oficina de Gestión de la Calidad Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico Departamento de Enfermería	
	A 5.6: Implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente	Ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente.	3	3	3	3	12	Oficina de Gestión de la Calidad Departamento de Enfermería. Departamento de Farmacia Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental	
		Monitoreo de las acciones de mejora post ronda	Informe		1		1	2	Oficina de Gestión de la Calidad
	OE 6: Promover el proceso de Autoevaluación para la Acreditación	A 6.1: Planificación y organización del proceso de Autoevaluación para la acreditación institucional.	Conformación del Equipo de Acreditación	Resolución directoral	1			1	Dirección General
Conformación del Evaluadores Internos			Resolución directoral	1			1	Dirección General	
Capacitación/ Asistencia técnica al Equipo de acreditación y Equipo de evaluadores internos			Persona capacitada	20				20	Oficina de Gestión de la Calidad
Elaboración del plan de autoevaluación para la acreditación institucional 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 para la acreditación institucional.	Resolución directoral	1				1	Dirección General	



OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS					Responsable
			Primer Semestre		Segundo Semestre		Total Programado	
			I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre		
OE 6: Promover el proceso de Autoevaluación para la Acreditación	Difusión del plan de autoevaluación para la acreditación institucional y su proceso de implementación	Correo electrónico Página web	1				1	Oficina de Gestión de la Calidad
	A 6.2: Realización del proceso de Autoevaluación para la acreditación institucional.	Lista de asistencia		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							
	Comunicación del Inicio de la Autoevaluación	Oficio		1			1	Oficina de Gestión de la Calidad
	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
A 6.3: Evaluación de los resultados generados por el proceso de autoevaluación para determinar fortalezas y procesos susceptibles de mejora institucional.	Elaboración del informe del proceso de autoevaluación para la acreditación institucional.	Informe			1		1	Oficina de Gestión de la Calidad
	Elaboración de plan de acción en base a los resultados obtenidos en el proceso de autoevaluación para la acreditación institucional con cada Oficina/ Departamento/ Equipó/ Grupo responsable.	Plan elaborado				1	1	Oficina de Gestión de la Calidad

ANEXO N° 01 – B
MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES

PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (\$/)																
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	Categoría presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	Genérica de gasto	Primer Semestre			Segundo Semestre		Total Programado	Responsable			
							I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre						
OE 1: Fortalecer la Calidad de Atención en Salud a través de la Auditoría	A 1.1: Implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.	Elaboración y Aprobación del Plan de Auditoría de la Calidad de atención en salud	Resolución Directoral	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	Gestión Administrativa		S/. 00.00				S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad Dirección General			
		Difusión del Plan de Auditoría de la Calidad de atención en salud	Memorándum Correo Electrónico					S/. 00.00				S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad			
		Monitoreo del Plan de Auditoría de la Calidad de atención en salud	Informe					S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad			
		Reestructuración o ratificación de los Comités de Auditoría	Resolución Directoral					S/. 00.00				S/. 00.00	Dirección General			
	A 1.2: Promover el uso y la adherencia a las Guías de Práctica Clínica y/o Procedimientos institucionales	Consolidar el listado de Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos Asistenciales vigentes	Informe								S/. 00.00			S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad	
		Medir la adherencia de GPC de las patologías prevalentes y de la Guías de Procedimiento en hospitalización/ Consulta externa/ Emergencia	Informe								S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	Departamento Asistenciales	
		Asesorar en la formulación de Documentos Normativos: Guías de Práctica Clínica, Guías de Procedimientos, Listas de Verificación y Consentimientos Informados.	Informe								S/. 00.00			S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad	
		Realizar la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	Informe								S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	Comités de Auditoría de los Departamentos	
	A 1.3: Evaluación periódica de la calidad de la atención a través de la ejecución de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.	Coordinar con el Comité de Auditoría médica para la realización de la Auditoría de Caso.	Informe								S/. 00.00				S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad
		Seguimiento de la implementación de las recomendaciones.	Informe								S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad
		Difusión de la Norma Técnica de Auditoría	Correo Electrónico								S/. 00.00				S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad
		Capacitación/ Asistencia técnica a los comités de auditoría de la calidad de atención en salud.	Persona capacitada												S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad



Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2026
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (S/)																									
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad		Unidad de medida	Categoría presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	Genérica de gasto	Primer Semestre			Segundo Semestre		Total Programado	Responsable											
								I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre														
OE 2: Promover la Mejora Continua	A 2.1: Fortalecimiento de las competencias del personal en la formulación, implementación y evaluación de proyectos de mejora	Capacitación/ Asistencia técnica en elaboración de proyectos de mejora continua	Persona capacitada	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	Gestión Administrativa			S/. 00.00				S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad											
		Conformación de equipos de mejora	Resolución Directoral												S/. 00.00	Dirección General									
	A.2.2: Implementación de la mejora continua, mediante la ejecución de acciones de mejora/ planes/ proyectos de mejora.	Elaborar el listado de acciones/ planes/ proyectos de mejora	Listado								S/. 00.00	S/. 00.00		S/. 00.00	S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad									
		Monitoreo de las acciones de mejora implementadas	Informe								S/. 00.00	S/. 00.00		S/. 00.00	S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad									
OE 3: Fortalecer la Información para la Calidad	A 3.1: Medición de la satisfacción del usuario externo	Aplicación de la Encuesta SERVQUAL	Informe					9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	Gestión Administrativa				S/. 17,500.00		S/. 17,500.00	S/. 17,500.00	Oficina de Gestión de la Calidad							
		Informe de acciones de mejora implementadas en base a los resultados de la encuesta SERVQUAL	Informe												S/. 00.00	S/. 00.00		S/. 00.00	S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad					
	A 3.2: Medición de la satisfacción de las usuarias en la atención prenatal	Aplicación de encuesta FON en atención prenatal	Informe													S/. 00.00	S/. 00.00		S/. 00.00	S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad				
	A 3.3: Medición de la satisfacción de las usuarias en la atención del parto	Aplicación de encuesta FON en atención de parto	Informe													S/. 00.00	S/. 00.00		S/. 00.00	S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad				
OE 4: Fortalecer el rol de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud	A 3.4: Medición del tiempo de espera en los servicios	Medición de tiempos de espera	Informe									9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	Gestión Administrativa		S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad			
	A 4.1: Actualización en el conocimiento de la normatividad vigente	Difusión de las normas nacionales e institucionales relacionadas con: Atención de reclamos y sugerencias en los servicios de salud. Derechos de los usuarios de los servicios de salud.	Listar/ Correo electrónico																	S/. 00.00				S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad
			Difusión de los derechos y deberes de los usuarios de los servicios de salud a las Jefaturas de Departamentos y Oficinas. y al personal de la PAUS.													Lista / Correo electrónico					S/. 00.00				S/. 00.00
		Gestionar la compra del Leirero de Plataforma de Atención al Usuario en Salud.	Nota Informativa																	S/. 200.00					S/. 200.00
	A 4.2: Promover el conocimiento y ejercicio de los derechos de los usuarios de los servicios de salud.	Gestionar la compra de Libros de Reclamaciones en Salud.	Nota Informativa														S/. 400.00				S/. 400.00	Responsable de la PAUS Oficina de Gestión de la Calidad			
		Gestionar la adquisición de acrílicos y afiches del libro de reclamaciones.	Nota Informativa														S/. 300.00					S/. 300.00	Responsable de la PAUS Oficina de Gestión de la Calidad		



Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2026
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (S/)							Responsable						
			Categoría presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	Genérica de gasto	Primer Semestre				Segundo Semestre	Total Programado				
							I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre				IV Trimestre			
OE 4: Fortalecer el rol de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud	A 4.2: Promover el conocimiento y ejercicio de los derechos de los usuarios de los servicios de salud.	Nota Informativa					S/. 300.00				S/. 300.00	Responsable de la PAUS Oficina de Gestión de la Calidad				
		Nota Informativa					S/. 200.00				S/. 200.00	Responsable de la PAUS Oficina de Gestión de la Calidad				
		Nota Informativa							S/. 3000.00		S/. 3000.00	Responsable de la PAUS Oficina de Gestión de la Calidad				
		Persona Capacitada						S/. 00.00			S/. 00.00	Responsable de la PAUS				
		Persona Capacitada							S/. 00.00		S/. 00.00	Responsable de la PAUS				
	A 4.3: Fortalecimiento de las competencias del personal de la PAUS para la atención integral y oportuna al usuario de los servicios de salud		Base de datos	9001 ACCIONES CENTRALES	39999999 SIN PRODUCTO	Gestión Administrativa						S/. 00.00	Responsable de la PAUS			
			Informe								S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	Responsable de la PAUS	
			Declaración Jurada Carga Oportuna Mensual								S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	Responsable de la PAUS	
			Reporte Mensual								S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	Responsable de la PAUS	
			Resolución Directoral								S/. 00.00			S/. 00.00	Dirección General	
OE 5: Promover una atención basada en prácticas seguras	A 5.1: Organización de los equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente	Resolución Directoral								S/. 00.00				S/. 00.00	Dirección General	
		Resolución Directoral													S/. 00.00	Dirección General
		Resolución Directoral									S/. 00.00				S/. 00.00	Dirección General
		Resolución Directoral									S/. 00.00				S/. 00.00	Dirección General
		Resolución Directoral									S/. 00.00				S/. 00.00	Dirección General



Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2026
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (S/)																			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad		Unidad de medida	Categoría presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	Genérica de gasto	Primer Semestre			Segundo Semestre		Total Programado	Responsable					
								I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre								
OE 5: Promover una atención basada en prácticas seguras	A 5.1: Organización de los equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente	Elaboración y Aprobación del Plan de Seguridad del Paciente	Resolución Directoral	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	Gestión Administrativa		S/. 00.00					S/. 00.00	Dirección General Oficina de Gestión de la Calidad					
		Difusión del Plan de Seguridad del Paciente	Informe													S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad		
		Monitoreo del Plan de Seguridad del Paciente	Informe													S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad		
		Gestionar las actividades por la Semana de la Seguridad del Paciente	Informe									S/. 2000.00					S/. 2000.00	Oficina de Gestión de la Calidad	
	A 5.2: Fortalecimiento de las competencias del personal en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo	Capacitación/ Asistencia técnica en Sistema de Notificación de Eventos Adversos, Análisis de Evento Centinela, Rondas de Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgo Asistenciales	Persona capacitada																Oficina de Personal Oficina de Capacitación, Docencia e Investigación Oficina de Gestión de la Calidad
			Persona capacitada																
		Capacitación/ Asistencia técnica para fortalecer los aspectos técnicos de las prácticas seguras (Aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía)																	Departamentos Quirúrgicos Departamento de Enfermería
			Monitoreo de la implementación de prácticas seguras					Informe											
	A 5.3: Fortalecimiento del Sistema de Registro-Notificación-Análisis de Eventos Adversos	Registro, consolidación y análisis de los incidentes y/o eventos adversos	Informe																Departamentos Asistenciales Oficina de Gestión de la Calidad
	A 5.4: Fortalecimiento del Proceso de Análisis de los Eventos Adversos	Análisis de los Eventos Adversos Centinela mediante la Metodología del Protocolo de Londres.	Informe																Departamentos Asistenciales
		Evaluación de los formatos de la LVSC	Informe																Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
	A 5.5: Promover el cumplimiento de los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente	Aplicación de la Encuesta de la evaluación de la implementación de la LVSC según Guía técnica.	Encuesta																Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico Oficina de Gestión de la Calidad



Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2026
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (S/)													
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	Categoría presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	Genérica de gasto	Primer Semestre			Segundo Semestre		Total Programado	Responsable
							I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre			
OE 5: Promover una atención basada en prácticas seguras	A 5.5: Promover el cumplimiento de los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente	Monitoreo de la correcta aplicación de la LVSC						S/. 00.00			S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad	
		Seguimiento de las acciones de mejora desarrolladas en base a los resultados de la encuesta de la evaluación de la implementación de la LVSC.						S/. 00.00			S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico Departamento de Enfermería	
	A 5.6: Implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente	Ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente.						S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad Departamento de Enfermería Departamento de Farmacia Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental	
		Monitoreo de las acciones de mejora post ronda							S/. 00.00			S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad
	A 6.1: Planificación y organización del proceso de Autoevaluación para la acreditación institucional.	Conformación del Equipo de Acreditación						S/. 00.00				S/. 00.00	Dirección General
		Conformación del Evaluadores Internos											Dirección General
		Capacitación/ Asistencia técnica al Equipo de acreditación y Equipo de evaluadores internos						S/. 00.00				S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad
		Elaboración del plan de autoevaluación para la acreditación institucional y designación de líder						S/. 00.00				S/. 00.00	Evaluadores Internos
OE 6: Promover el proceso de Autoevaluación para la Acreditación	A 6.2: Realización del proceso de Autoevaluación para la acreditación institucional.	Designación de responsables por macroproceso					S/. 00.00				S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad	
		Aprobación del plan de autoevaluación para la acreditación institucional.						S/. 00.00				S/. 00.00	Dirección General
		Difusión del plan de autoevaluación para la acreditación institucional y su proceso de implementación										S/. 00.00	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						S/. 00.00				S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad
		Comunicación del Inicio de la Autoevaluación										S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad
		Aplicación de la lista de estándares de acreditación										S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad



Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2026
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (S/)							Responsable				
			Categoría presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	Genérica de gasto	Segundo Semestre				Total Programado			
							I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre			IV Trimestre		
OE 6: Promover el proceso de Autoevaluación para la Acreditación	A 6.3: Evaluación de los resultados generados por el proceso de autoevaluación para determinar fortalezas y procesos susceptibles de mejora institucional.	Procesamiento de datos y análisis de resultados	Datos en Aplicativo MINSA											Líder de los Evaluadores Internos
		Elaboración del informe del proceso de autoevaluación para la acreditación institucional.	Informe	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	Gestión Administrativa				S/. 00.00	S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad		
		Elaboración de plan de acción en base a los resultados obtenidos en el proceso de autoevaluación para la acreditación institucional con cada Oficina/ Departamento/ Equipo/ Grupo responsable.	Plan elaborado							S/. 00.00	S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad		
TOTAL PRESUPUESTO S/.											S/. 23900.00			



ANEXO N° 02

MATRIZ DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	CUMPLIMIENTO DE METAS FÍSICAS		EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	
			I SEMESTRE	II SEMESTRE	I SEMESTRE	II SEMESTRE
			Programado	Programado	Programado	Programado
OE 1: Fortalecer la Calidad de Atención en Salud a través de la Auditoría	A 1.1: Implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.	Elaboración y Aprobación del Plan de Auditoría de la Calidad de atención en salud	1		S/. 00.00	S/. 00.00
		Difusión del Plan de Auditoría de la Calidad de atención en salud	1		S/. 00.00	S/. 00.00
		Monitoreo del Plan de Auditoría de la Calidad de atención en salud	2	2	S/. 00.00	S/. 00.00
		Reestructuración o ratificación de los Comités de Auditoría	1		S/. 00.00	S/. 00.00
		Consolidar el listado de Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos Asistenciales vigentes	1		S/. 00.00	S/. 00.00
	A 1.2: Promover el uso y la adherencia a las Guías de Práctica Clínica y/o Procedimientos Institucionales	Medir la adherencia de GPC de las patologías prevalentes y de la Guías de Procedimiento en hospitalización/ Consulta externa/ Emergencia	2	2	S/. 00.00	S/. 00.00
		Asesorar en la formulación de Documentos Normativos: Guías de Práctica Clínica, Guías de Procedimientos, Listas de Verificación y Consentimientos Informados.	1	1	S/. 00.00	S/. 00.00
		Realizar la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	2	2	S/. 00.00	S/. 00.00
	A 1.3: Evaluación periódica de la calidad de la atención a través de la ejecución de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.	Coordinar con el Comité de Auditoría médica para la realización de la Auditoría de Caso.	1		S/. 00.00	S/. 00.00
		Seguimiento de la implementación de las recomendaciones.	2	2	S/. 00.00	S/. 00.00



Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2026
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	CUMPLIMIENTO DE METAS FÍSICAS			EJECUCION PRESUPUESTAL		
			I SEMESTRE	II SEMESTRE	ANUAL	I SEMESTRE	II SEMESTRE	ANUAL
			Programado	Programado	Programado	Programado	Programado	Programado
OE 1: Fortalecer la Calidad de Atención en Salud a través de la Auditoría	A 1.4: Fortalecimiento de las competencias del personal involucrado en los procesos de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.	Correo Electrónico	1		1	S/. 00.00		S/. 00.00
		Persona capacitada	30		30	S/. 00.00		S/. 00.00
	A 2.1: Fortalecimiento de las competencias del personal en la formulación, implementación y evaluación de proyectos de mejora	Persona capacitada	20		20	S/. 00.00		S/. 00.00
OE 2: Promover la Mejora Continua		Resolución Directoral	1		1	S/. 00.00		S/. 00.00
	A.2.2: Implementación de la mejora continua, mediante la ejecución de acciones de mejora/ planes/ proyectos de mejora.	Listado	1	1	2	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00
		Informe	1	1	2	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00
		Informe		1	1		S/. 17,500.00	S/. 17,500.00
OE 3: Fortalecer la Información para la Calidad	A 3.1: Medición de la satisfacción del usuario externo	Informe	1		1	S/. 00.00		S/. 00.00
	A 3.2: Medición de la satisfacción de las usuarias en la atención prenatal	Informe	1	1	2	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00
	A 3.3: Medición de la satisfacción de las usuarias en la atención del parto	Informe	1	1	2	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00
	A 3.4: Medición del tiempo de espera en los servicios	Informe	2	2	4	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00
OE 4: Fortalecer el rol de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud		Lista/ Correo electrónico	1		1	S/. 00.00		S/. 00.00
	A 4.1: Actualización en el conocimiento de la normatividad vigente	Lista / Correo electrónico	1		1	S/. 00.00		S/. 00.00



Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2026
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	CUMPLIMIENTO DE METAS FÍSICAS			EJECUCION PRESUPUESTAL		
			I SEMESTRE	II SEMESTRE	ANUAL	I SEMESTRE	II SEMESTRE	ANUAL
			Programado	Programado	Programado	Programado	Programado	Programado
OE 4: Fortalecer el rol de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud	Gestionar la compra del Letrero de Plataforma de Atención al Usuario en Salud.	Nota Informativa	1		1	S/. 00.00		S/. 200.00
	Gestionar la compra de Libros de Reclamaciones en Salud.	Nota Informativa	1		1	S/. 400.00		S/. 400.00
	Gestionar la adquisición de acrílicos y afiches del libro de reclamaciones.	Nota Informativa	1		1	S/. 300.00		S/. 300.00
	Gestionar la adquisición de banners y afiches, trípticos sobre Derechos en Salud.	Nota Informativa	1		1	S/. 300.00		S/. 300.00
	Gestionar la adquisición de afiches sobre el flujograma de atención de consultas y reclamos.	Nota Informativa	1		1	S/. 200.00		S/. 200.00
	Gestionar la Feria Informativa por el "Día Nacional de la salud y el Buen Trato al Paciente"	Nota Informativa		1	1		S/. 3000.00	S/. 3000.00
	Capacitar al personal de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud.	Persona Capacitada	5		5	S/. 00.00		S/. 00.00
	Capacitar al personal de la Institución sobre la Plataforma de Atención al Usuario en Salud y Derechos en Salud	Persona Capacitada	50		5	S/. 00.00		S/. 00.00
	Elaborar base de datos de la PAUS.	Base de datos	1		1	S/. 00.00		S/. 00.00
	Elaborar el Informe Trimestral de Reclamos	Informe	2	2	4	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00
OE 5: Promover una atención basada en prácticas seguras	Registrar en el Sistema SETI RECLAMOS – SUSALUD.	Declaración Jurada. Carga oportuna mensual	6	6	12	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00
	Reporte Mensual de Reclamos a FISSAL, DIRIS LC	Reporte mensual	6	6	12	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00
	Aprobación del Equipo de Rondas de seguridad del paciente.	Resolución Directoral	1		1	S/. 00.00		S/. 00.00
	Aprobación del cronograma anual de las rondas de seguridad del paciente	Resolución Directoral	1		1	S/. 00.00		S/. 00.00
	Aprobación del Equipo Conductor y Coordinadores de la LVSC por turno quirúrgico	Resolución Directoral	1		1	S/. 00.00		S/. 00.00
	Aprobación del Comité de Análisis de Eventos Centinela.	Resolución Directoral	1		1	S/. 00.00		S/. 00.00
	Elaboración y Aprobación del Plan de Seguridad del Paciente	Resolución Directoral	1		1	S/. 00.00		S/. 00.00



Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2026
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	CUMPLIMIENTO DE METAS FÍSICAS			EJECUCIÓN PRESUPUESTAL			
			I SEMESTRE	II SEMESTRE	ANUAL	I SEMESTRE	II SEMESTRE	ANUAL	
			Programado	Programado	Programado	Programado	Programado	Programado	
OE 5: Promover una atención basada en prácticas seguras	A 5.1: Organización de los equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente	Informe	1		1	S/. 00.00		S/. 00.00	
		Informe	2	2	4	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	
		Informe	1	1	1		S/2000.00	S/2000.00	
	A 5.2: Fortalecimiento de las competencias del personal en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo	Persona capacitada	50			50	S/. 00.00		S/. 00.00
		Persona capacitada	25	25	50	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	
		Informe	2	2	4	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	
		Informe	2	2	4	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	
	A 5.4: Fortalecimiento del Proceso de Análisis de los Eventos Adversos	Informe	1	1	2	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	
		Informe	2	2	4	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	
	A 5.5: Promover el cumplimiento de los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente	Encuesta	1	1	2	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	
		Informe	1	1	2	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	
		Informe	1	1	2	S/. 00.00		S/. 00.00	
A 5.6: Implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente	Informe	6	6	12	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00		
	Informe	1	1	2	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00		



Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2026
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	CUMPLIMIENTO DE METAS FÍSICAS			EJECUCIÓN PRESUPUESTAL		
			I SEMESTRE	II SEMESTRE	ANUAL	I SEMESTRE	II SEMESTRE	ANUAL
			Programado	Programado	Programado	Programado	Programado	Programado
OE 6: Promover el proceso de Autoevaluación para la Acreditación	A 6.1: Planificación y organización del proceso de Autoevaluación para la acreditación institucional.	Resolución directoral	1		1	S/. 00.00		S/. 00.00
		Resolución directoral	1		1	S/. 00.00		S/. 00.00
		Persona capacitada	20		20	S/. 00.00		S/. 00.00
		Lista de asistencia	1		1	S/. 00.00		S/. 00.00
		Listado	1		1	S/. 00.00		S/. 00.00
	A 6.2: Realización del proceso de Autoevaluación para la acreditación institucional.	Resolución directoral	1		1	S/. 00.00		S/. 00.00
		Correo electrónico Página web	1		1	S/. 00.00		S/. 00.00
		Lista de asistencia	1		1	S/. 00.00		S/. 00.00
		Oficio	1		1	S/. 00.00		S/. 00.00
		Hojas de registro de datos para autoevaluación	21		21	S/. 00.00		S/. 00.00
	A 6.3: Evaluación de los resultados generados por el proceso de autoevaluación para determinar fortalezas y procesos susceptibles de mejora institucional.	Datos en Aplicativo MInSA		1	1		S/. 00.00	S/. 00.00
		Informe		1	1		S/. 00.00	S/. 00.00
		Plan elaborado		1	1		S/. 00.00	S/. 00.00

ANEXO N° 03

MATRIZ DE INDICADORES DEL PLAN ESPECÍFICO

Declaración de Objetivos	Indicador		Unidad de medida	Meta programada	Fuente de Información	Responsable
	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador				
OG: Incrementar en un 10% 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	20%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad
	Porcentaje de disponibilidad de GPC en las áreas de hospitalización (Clínicas y Quirúrgicas), para las diez primeras causas más frecuentes.	N° GPC disponibles en las áreas de hospitalización (Clínicas y Quirúrgicas)	x 100	80%	Informe	Departamentos Servicios
		N° Total de GPC proyectadas (20)				
	Porcentaje de departamentos que evalúan adherencia a GPC y/o GPROC	N° de Departamentos que evalúan adherencia a GPC y/o GPROC	x 100	>80%	Informe	Departamentos Servicios
		N° total de Departamentos				
OE 1: Fortalecer Calidad de Atención en salud a través de la Auditoría	Porcentaje de Adherencia a GPC y GPROC en Hospitalización		Porcentaje	80%	Informe	Departamentos Servicios
	Porcentaje de Adherencia a GPC y GPROC en Emergencia		Porcentaje	80%	Informe	Departamentos Servicios
	Porcentaje de Adherencia a GPC y GPROC en Consulta Externa		Porcentaje	80%	Informe	Departamentos Servicios
	Porcentaje de Historias Clínicas auditadas con calificación satisfactoria	N° HC auditadas con calificación satisfactoria	x 100	55%	Informe	Comités y Equipos de Auditoría Oficina de Gestión de la Calidad
		Total de HC auditadas				
OE 2: Promover la Mejora Continua	Porcentaje de recomendaciones implementadas a través de informes de auditorías	N° recomendaciones implementadas	x 100	55%	Informe	Departamentos Servicios Oficina de Gestión de la Calidad
		N° recomendaciones de las auditorías				
	Personal capacitado/entrenado en auditoría de calidad de la atención en salud		Persona capacitada	20	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad
	Porcentaje de Departamento y Oficinas que elaboran e implementan acciones/planes de mejora	N° de Departamentos y Oficinas que elaboran e implementan acciones/planes de mejora	x 100	50%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad Departamentos y Oficinas
		N° total de Departamentos y Oficinas				

Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2026
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 3: Fortalecer la Información para la Calidad	Porcentaje de Usuarios satisfechos (Encuesta SERVQUAL)	N° de usuarios satisfechos N° total de usuarios encuestados	x 100	>60%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad
	Porcentaje de usuarias satisfechas en la atención prenatal	Número usuarias acuden para atención prenatal satisfechas Total de usuarias que acuden para atención prenatal encuestadas	x 100	= >80%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad
	Porcentaje de usuarias satisfechas en la atención del parto	Número de usuarias satisfechas con la atención del parto Total de usuarias de atención de parto encuestadas	x 100	= >80%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad
	Personal capacitado en deberes y derechos de los usuarios			80	Informe	Plataforma de Atención al Usuario en Salud Oficina de Gestión de la Calidad
OE 4: Fortalecer el rol de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud	Porcentaje de reclamos validados atendidos	Número de reclamos validados con respuesta y/o dentro del plazo Número total de reclamos validados	x 100	80%	Informe	Plataforma de Atención al Usuario en Salud Departamentos y Oficinas
	Porcentaje de reclamos según servicios	Número de reclamos por servicio Total de reclamos validados	x 100	100%	Informe	Plataforma de Atención al Usuario en Salud
	Porcentaje de reclamos validos con propuestas de acciones de mejora y/o medidas correctivas	N° de reclamos con propuestas de acciones de mejora y/o medidas correctivas N° total de reclamos validos	x 100	100%	Informe	Plataforma de Atención al Usuario en Salud
	Porcentaje de reclamos fundados con acciones de mejora y/o medidas correctivas implementadas	N° de reclamos fundados con acciones de mejora y/o medidas correctivas implementadas N° total de reclamos fundados	x 100	100%	Informe	Plataforma de Atención al Usuario en Salud Departamentos y Oficinas



Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2026
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 5: Promover una atención basada en prácticas seguras	Porcentaje de Departamentos asistenciales que notifican incidentes y/o eventos adversos	Nº de Departamentos que notifican incidentes y/o eventos adversos x 100 Nº total de Departamentos	Porcentaje	90%	Fichas de Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas	Departamentos Asistenciales Oficina de Gestión de la Calidad
	Numero de personal capacitado o entrenado en Gestión del Riesgo y Seguridad del Paciente		Persona capacitada	50	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad
	Número de personal capacitado o entrenado en la aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía		Persona capacitada	50	Informe Lista de Asistencia	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	Nº de cirugías que aplican la LVSC x 100 Nº total de cirugías ejecutadas	Porcentaje	95%	Lista de Verificación de Seguridad de Cirugía (LVSC)	Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
	Encuestas de evaluación de la implementación de la LVSC		Informe	2	Encuesta	Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico Oficina de Gestión de la Calidad
	Porcentaje de cirugías que aplican correctamente las fases de la LVSC	Nº de cirugías que aplican correctamente las fases de la LVSC x 100 Nº de cirugías observadas por fases	Porcentaje	90%	Reporte de Observaciones	Oficina de Gestión de la Calidad
	Porcentaje de cumplimiento de Rondas de Seguridad	Nº de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas x 100 Nº de Rondas de Seguridad del Paciente programadas	Porcentaje	90%	Cronograma de Rondas	Oficina de Gestión de la Calidad



Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2026
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 5: Promover una atención basada en prácticas seguras	Porcentaje de cumplimiento de criterios evaluados en las Rondas de Seguridad	Valor de aplicativo MINSA	Porcentaje	80%	aplicativo MINSA	Oficina de Gestión de la Calidad
	Porcentaje de eventos centinela analizados	Nº de eventos centinela analizados	Porcentaje	95%	Informe	Departamentos Asistenciales
		Nº total de eventos centinela				
OE 6: Promover el proceso de Autoevaluación para la Acreditación	Porcentaje del cumplimiento de estándares de calidad en la atención de salud.	Resultado del proceso de autoevaluación para la acreditación	Porcentaje	80%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad Departamentos y Oficinas



IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Modelo de excelencia en la gestión Premio Nacional de Calidad bases de postulación 2025.

https://www.cdi.org.pe/_files/ugd/aa5d7f_7edc427149a14f549cdf4279cd5ed91e.pdf

