



Resolución Directoral

Lima, 06 de Febrero de 2025

VISTO: El Expediente Administrativo Registro N° 03477-2025, que contiene el Documento Técnico: "Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2025", del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

CONSIDERANDO:

Que, el numeral VI del Título Preliminar de 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;

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

Que, con Resolución Ministerial 727-2009/MINSA, se aprobó el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud", teniendo 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 Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", cuya finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, se aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02: "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud", cuya finalidad es contribuir a mejorar la calidad de atención en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del Sector Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, de fecha 5 de julio de 2021, se aprobó las Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, la misma que en su numeral 6.1.4, señala, entre los tipos de documentos normativos, al Documento Técnico, cuya finalidad es básicamente de información u orientación a los usuarios, personal de salud y/o población general, basado en el conocimiento científico y técnico, validado por la experiencia sistematizada y documentada, y respaldado por las normas vigentes que corresponden. Por su contenido, algunos serán de obligatorio cumplimiento, dentro de los cuales se encuentran los planes de diversa naturaleza;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 090-2022/MINSA, se aprobó 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", con la finalidad de contribuir al logro de los objetivos institucionales y sectoriales mediante la estandarización de Planes Específicos en el Ministerio de Salud (MINSA), que se orienten a lograr la operatividad de las intervenciones sanitarias y administrativas relevantes;

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

Que, el Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2025, del Hospital Nacional Dos de Mayo, tiene como finalidad mejorar la calidad y la seguridad de la atención en los servicios que brinda el Hospital Nacional "Dos de Mayo";

Que, mediante Informe N° 011-2025-HNDM/OGC, de fecha 29 de febrero de 2025, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, emite su opinión técnica sustentatoria, respecto al Documento Técnico: "Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2025", del Hospital Nacional, "Dos de Mayo" a través del cual señala en su justificación que: *"La Calidad de atención en salud consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice los beneficios para la salud, sin aumentar en forma proporcional a los riesgos.(...)"*;

Que, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, conforme a sus atribuciones, remite el Informe N° 09-2025-OEPE-003-EPP-HNDM, de fecha 24 de enero de 2024, expedido por la Directora Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico, concluyendo en el numeral 2) que: *"El recurso presupuestal programado y formulado para la estructura funcional programática 01129001.3999999.5000003 20.006.0008: "Acciones del sistema de gestión de la calidad"; asciende a la suma de S/ 5,000.00 para el periodo fiscal 2025, genérica de gasto 2.3 bienes y servicios fuente de financiamiento Recursos Ordinarios, que para los objetivos del citado plan deberá de obtenerse mayores recursos de crédito presupuestal disponible";* además, recomienda que el Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2025, continúe su trámite para su aprobación mediante el presente acto resolutorio;

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

Con las visaciones 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 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° 0886-2023/MINSA, de fecha 15 de setiembre de 2023, que designa temporalmente al 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 2025**, del Hospital Nacional, "Dos de Mayo", que en treinta y siete (37) fojas, forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- El Plan aprobado en el artículo precedente, se ejecutará de acuerdo a la disponibilidad presupuestal.

Artículo 3°.- Disponer que, la Oficina de Gestión de la Calidad, difunda, evalúe, ejecute y haga el seguimiento, informando a la Dirección General y a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, de manera trimestral, semestral y anual, de los avances del "Plan Anual de Gestión de Calidad en Salud 2025, del Hospital Nacional Dos de Mayo", aprobado por la presente resolución.

Artículo 4°.- Disponer que, la Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática de la Institución realice la publicación de la presente resolución directoral en el portal institucional del Hospital <http://www.hdosdemayo.gob.pe>.

Regístrese, comuníquese y publíquese;

VRGP/JEVT/DLPA/dlpa

C.c.:
Dirección General.
Dirección Adjunta.
Org. de Control Institucional.
Ofic. Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.
Ofic. Gestión de la Calidad.
Ofic. Asesoría Jurídica.
Ofic. Estadística e Informática.
Archivo.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
M. C. VICTOR RAFAEL GONZÁLES PÉREZ
DIRECCIÓN GENERAL - DIRECCIÓN GENERAL
C.M.P. 27450 - C.N.F. 3977



**DOCUMENTO TÉCNICO:
PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2025
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"**

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	4
6.2. Análisis de la situación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud	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. 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	11
Anexo N° 02 - A: Matriz de Programación de Metas Físicas y Presupuestales	12
Anexo N° 02 - B: Matriz de Programación de Metas Físicas y Presupuestales	19
Anexo N° 03: Matriz de Seguimiento de Metas Físicas y Presupuestales	25
Anexo N° 04: Matriz de Indicadores del Plan Específico	30
Anexo N° 05: Presupuesto Requerido	34
IX. Bibliografía	37



**DOCUMENTO TÉCNICO:
PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2025
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"**

I. INTRODUCCIÓN:

"La calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para 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:

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

III. OBJETIVOS:

3.1. OBJETIVO GENERAL

Incrementar en un 10% 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 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 - 2025 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° 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)
- 5.9. Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, que aprueba el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud".
- 5.10. 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".
- 5.11. Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo" y su modificatoria.
- 5.12. Resolución Ministerial. N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".
- 5.13. 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"
- 5.14. 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".
- 5.15. 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".



- 5.16. Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- 5.17. 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"
- 5.18. 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.
- 5.19. Resolución Directoral N° 080-2020/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 por 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 documentación más que en atención centrada en los usuarios externos y 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) Paradigma de la calidad como un área y no como una filosofía de trabajo.
- b) Incumplimiento 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.
- 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 la 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) 2019-2027 ampliado del Ministerio de Salud, en 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 Acción Estratégica Institucional 04.02 (AEI.04.02) Gestión orientada a resultados al servicio de la población; con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados.



En cuanto a la articulación operativa, con el Plan Operativo Institucional (POI) Anual 2025, tenemos 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.

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

6.4. ACTIVIDADES POR OBJETIVOS

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

- Implementar la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- Promover el uso de Guías de Práctica Clínica y/o Procedimientos
- 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.

OE2: Promover la Mejora Continua

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

OE4: 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 y promover la mejora continua



OE5: 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
- Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Adversos
- Promover los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente
- Implementar Rondas de Seguridad del Paciente

OE6: Promover el proceso de Autoevaluación para la Acreditación

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

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 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. ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN 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) 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

MATRIZ DE ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA Y OPERATIVA DEL PLAN

Marco Estratégico		Estructura programática y operativa					
Objetivo Estratégico Institucional del PEI	Acción Estratégica	Actividad operativa POI	Categoría Presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	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	AEI.04.02 Gestión orientada a resultados al servicio de la población; con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados	Gestión - Acciones para el Fortalecimiento de Garantía de la Calidad en Salud a través de la Auditoría	9001 ACCIONES CENTRALES	39999999 SIN PRODUCTO	500003 Gestión Administrativa	Incrementar en un 10% 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.	Fortalecer la Calidad de Atención en Salud a través de la Auditoría
		Gestión. -Acciones para la implementación de la Cultura de Calidad y Mejora continua para mejorar la satisfacción de los usuarios					Promover la Mejora Continua
		Gestión - Acciones para el fortalecimiento de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud.					Fortalecer la Información para la Calidad
		Gestión - Acciones para el fortalecimiento de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud.					Fortalecer el rol de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud
		Gestión – Acciones para el fortalecimiento de las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente y Gestion de Riesgo.					Promover una atención basada en prácticas seguras
		Gestión - Acciones para el Fortalecimiento de la Garantía de la Calidad en Salud a través de la Autoevaluación para la Acreditación					Promover el proceso de Autoevaluación para la Acreditación



ANEXO N° 02 - A

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS					Responsable
			I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre	Meta Física Anual	
OE 1: Fortalecer la Calidad de Atención en Salud a través de la Auditoría	A 1.1: Implementar 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
		Consolidar el listado de Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos Asistenciales vigentes		1			1	Oficina de Gestión de la Calidad
A 1.2: Promover el uso de Guías de Práctica Clínica y/o Procedimientos		Medir la adherencia de GPC de las patologías prevalentes y de la Guías de Procedimiento en hospitalización/ Consulta externa/ Emergencia	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.		1		1	2	Oficina de Gestión de la Calidad
		Realizar la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	1	1	1	1	4	Comités de Auditoría de los Departamentos
A 1.3: Evaluar la calidad de la atención a través de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.		Coordinar con el Comité de Auditoría médica para la realización de la Auditoría de Caso.	1				1	Oficina de Gestión de la Calidad
		Seguimiento de la implementación de las recomendaciones.	1	1	1	1	4	Oficina de Gestión de la Calidad



Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2025
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: Fortalecer la Calidad de Atención en Salud a través de la Auditoría	A 1.4: Fortalecer las competencias en Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.	Difusión de la Norma Técnica de Auditoría	1				1	Oficina de Gestión de la Calidad
		Capacitación/ Asistencia técnica a los comités de auditoría de la calidad de atención en salud.		30			30	Oficina de Gestión de la Calidad
		Capacitación/ Asistencia técnica en elaboración de proyectos de mejora continua		20			20	Oficina de Gestión de la Calidad
OE 2: Promover la Mejora Continua	A 2.1: Fortalecer las competencias en proyectos de mejora	Conformación de equipos de mejora	1				1	Dirección General
	A.2.2: Implementar la mejora continua, acciones de mejora/ planes/ proyectos de mejora.	Elaborar el listado de acciones/ planes/ proyectos de mejora		1		1	2	Oficina de Gestión de la Calidad
		Monitoreo de las acciones de mejora implementadas.		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	Aplicación de la Encuesta SERVQUAL			1		1	Oficina de Gestión de la Calidad
		Informe de acciones de mejora implementadas en base a los resultados de la encuesta SERVQUAL		1			1	Oficina de Gestión de la Calidad
		Aplicación de encuesta FON en atención prenatal	1				2	Oficina de Gestión de la Calidad
		Aplicación de encuesta FON en atención de parto	1		1		2	Oficina de Gestión de la Calidad
		Medición de tiempos de espera	1	1	1	1	4	Oficina de Gestión de la Calidad



Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2025
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 4: Fortalecer el rol de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud	A 4.1: Actualizar 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. 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.	1				1	Oficina de Gestión de la Calidad
		Gestionar la compra del Letrero de Plataforma de Atención al Usuario en Salud.	1				1	Responsable de la PAUS Oficina de Gestión de la Calidad
		Gestionar la compra de Libros de Reclamaciones en Salud.		1			1	Responsable de la PAUS Oficina de Gestión de la Calidad
	A 4.2: Fomentar el conocimiento de los derechos de los usuarios de los servicios de salud.	Gestionar la adquisición de acrílicos y afiches del libro de reclamaciones.	1				1	Responsable de la PAUS Oficina de Gestión de la Calidad
		Gestionar la adquisición de banners y afiches, trípticos sobre Derechos en Salud.	1				1	Responsable de la PAUS Oficina de Gestión de la Calidad
		Gestionar la adquisición de afiches sobre el flujoograma de atención de consultas y reclamos.	1				1	Responsable de la PAUS Oficina de Gestión de la Calidad
A 4.3: Fortalecer competencias del personal de la PAUS para la atención al usuario de los servicios de salud		Gestionar la Feria Informativa por el "Día Nacional de la salud y el Buen Trato al Paciente"			1		1	Responsable de la PAUS Oficina de Gestión de la Calidad
		Capacitar al personal de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud.		5			5	Responsable de la PAUS
		Capacitar al personal de la Institución sobre la Plataforma de Atención al Usuario en Salud y Derechos en Salud		50			5	Responsable de la PAUS Oficina de Gestión de la Calidad



Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2025
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 4: Fortalecer el rol de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud	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
	Registrar en el Sistema SETI RECLAMOS – SUSALUD.	Declaración Jurada Carga Oportuna Mensual	3	3	3	3	12	Responsable de la PAUS
	Reporte Mensual de Reclamos a FISSAL, DIRIS Lima Centro.	Reporte Mensual	3	3	3	3	12	Responsable de la PAUS
OE 5: Promover una atención basada en prácticas seguras	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
	Aprobación del 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 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
			I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre	Meta Física Anual	
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: Fortalecer competencias 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: Fortalecer el 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: Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Adversos	Informe		1		1	2	Departamentos Asistenciales
	Evaluación de los formatos de la LVSC	Informe	1	1	1	1	4	Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
	A 5.5: Promover los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente	Encuesta		1		1	2	Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico Oficina de Gestión 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 2025
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 5: Promover una atención basada en prácticas seguras	A 5.5: Promover los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente	Informe		1		1	2	Oficina de Gestión de la Calidad Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico Departamento de Enfermería
	A 5.6: Implementar Rondas de Seguridad del Paciente	Informe	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	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 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
	Difusión del plan de autoevaluación	Correo electrónico Página web	1				1	Oficina de Gestión de la Calidad



OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS					Responsable
			I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre	Meta Física Anual	
OE 6: Promover el proceso de Autoevaluación para la Acreditación	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
	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
	Elaboración del informe del proceso de autoevaluación	Informe			1		1	Oficina de Gestión de la Calidad
A 6.2: Realizar el proceso de Autoevaluación								
A 6.3: Analizar los resultados de Autoevaluación								



ANEXO N° 02 – B

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad		Unidad de medida	PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (S/)							Responsable				
				Categoría presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	Genérica de gasto	I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre		IV Trimestre	Total Presupuesto (S/)		
OE 1: Fortalecer la Calidad de Atención en Salud a través de la Auditoría	A 1.1: Implementar 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	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 de Guías de Práctica Clínica y/o Procedimientos	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: Evaluar la calidad de la atención a través de la 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	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	
	A 1.4: Fortalecer las competencias en Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.	Capacitación/ Asistencia técnica a los comités de auditoría de la calidad de atención en salud.	Persona capacitada							S/. 00.00				S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad
											S/. 00.00				S/. 00.00



Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2025
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad		Unidad de medida	PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (S/)							Responsable				
				Categoría presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	Genérica de gasto	I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre		IV Trimestre	Total Presupuesto (S/)		
OE 2: Promover la Mejora Continua	A 2.1: Fortalecer las competencias en 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: Implementar la mejora continua, 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	Oficina de Gestión de la Calidad		
		Monitoreo de las acciones de mejora implementadas	Informe						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								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	Oficina de Gestión de la Calidad	
		Aplicación de encuesta FON en atención prenatal	Informe						S/. 00.00		S/. 00.00		S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad	
		Aplicación de encuesta FON en atención de parto	Informe								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 4.1: Actualizar 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.	Listal/ Correo electrónico											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	Oficina de Gestión de la Calidad	
	A 4.2: Fomentar el conocimiento de los derechos de los usuarios de los servicios de salud.	Gestionar la compra del Letrero de Plataforma de Atención al Usuario en Salud.	Nota Informativa										S/. 200.00	S/. 200.00	Responsable de la PAUS Oficina de Gestión de la Calidad
		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 2025
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

OBJETIVOS ESPECIFICOS	Actividad	Unidad de medida	PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (S/)								Responsable	
			Categoría presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	Genérica de gasto	I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre		Total Presupuesto (S/)
OE 4: Fortalecer el rol de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud	A 4.2: Fomentar el conocimiento 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
	A 4.3: Fortalecer competencias del personal de la PAUS para la atención al usuario de los servicios de salud	Persona Capacitada						S/. 00.00			S/. 00.00	Responsable de la PAUS
		Persona Capacitada						S/. 00.00			S/. 00.00	Responsable de la PAUS
		Base de datos						S/. 00.00			S/. 00.00	Responsable de la PAUS
OE 5: Promover una atención basada en prácticas seguras	A 4.4: Generar información para la calidad y promover la mejora continua	Informe	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	Gestión Administrativa		S/. 00.00	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	S/. 00.00	Responsable de la PAUS
		Reporte Mensual					S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	Responsable de la PAUS
	A 5.1: Organizar 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				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 2025
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (S/)											
			Categoría presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	Genérica de gasto	I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre	Total Presupuesto (S/)	Responsable		
OE 5: Promover una atención basada en prácticas seguras	A 5.1: Organizar los equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente	Elaboración y Aprobación del Plan de Seguridad del Paciente	Resolución Directoral					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				S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad	
		Monitoreo del Plan de Seguridad del Paciente	Informe					S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad		
		Gestionar las actividades por la Semana de la Seguridad del Paciente	Informe					S/. 00.00	S/. 2000.00			S/. 2000.00	Oficina de Gestión de la Calidad	
	A 5.2: Fortalecer competencias 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						S/. 00.00				S/. 00.00	Oficina de Personal Oficina de Capacitación, Docencia e Investigación Oficina de Gestión de la Calidad
		Capacitación/ Asistencia técnica para fortalecer los aspectos técnicos de las prácticas seguras (Aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía)	Persona capacitada	9001 ACCIONES CENTRALES	39999999 SIN PRODUCTO	Gestión Administrativa			S/. 00.00	S/. 00.00			S/. 00.00	Departamentos Quirúrgicos Departamento de Enfermería
	A 5.3: Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación-Análisis de Eventos Adversos	Monitoreo de la implementación de prácticas seguras	Informe						S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	Departamentos Asistenciales Oficina de Gestión de la Calidad
		Registro, consolidación y análisis de los incidentes y/o eventos adversos	Informe						S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	Departamentos Asistenciales Oficina de Gestión de la Calidad
	A 5.4: Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Adversos	Análisis de los Eventos Adversos Centinela mediante la Metodología del Protocolo de Londres.	Informe							S/. 00.00			S/. 00.00	Departamentos Asistenciales
		Evaluación de los formatos de la LVSC	Informe							S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
	A 5.5: Promover los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente	Aplicación de la Encuesta de la evaluación de la implementación de la LVSC según Guía técnica.	Encuesta						S/. 00.00			S/. 00.00	Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico Oficina de Gestión de la Calidad	



Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2025
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (S/)							Responsable		
			Categoría presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	Genérica de gasto	I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre		IV Trimestre	Total Presupuesto (S/)
OE 5: Promover una atención basada en prácticas seguras	A 5.5: Promover 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.	Informe				S/. 00.00		S/. 00.00	S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico Departamento de Enfermería	
	A 5.6: Implementar Rondas de Seguridad del Paciente	Ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente.	Informe				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	Informe					S/. 00.00		S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad	
	OE 6: Promover el proceso de Autoevaluación para la Acreditación	A 6.1: Organizar y planificar para la Autoevaluación	Conformación del Equipo de Acreditación	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	Gestión Administrativa		S/. 00.00			S/. 00.00	Dirección General
			Conformación del Evaluadores Internos				S/. 00.00				S/. 00.00	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 y designación de líder				S/. 00.00				S/. 00.00	Evaluadores Internos
			Designación de responsables por macroproceso				S/. 00.00				S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad
			Aprobación del plan de autoevaluación				S/. 00.00				S/. 00.00	Dirección General
A 6.2: Realizar el proceso de Autoevaluación	Difusión del plan de autoevaluación	Correo electrónico Página web				S/. 00.00				S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad	
	Difusión del proceso de autoevaluación	Correo electrónico Página web				S/. 00.00				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	



Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2025
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

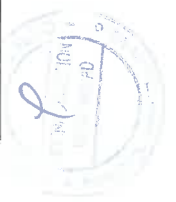
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (S/)								Responsable	
			Categoría presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	Genérica de gasto	I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre		Total Presupuesto (S/)
OE 6: Promover el proceso de Autoevaluación para la Acreditación	A 6.2: Realizar el proceso de Autoevaluación	Oficio	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	Gestión Administrativa			S/. 00.00			S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad
		Hojas de registro de datos para autoevaluación						S/. 00.00			S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad
	A 6.3: Analizar los resultados	Datos en Aplicativo MINSAL							S/. 00.00		S/. 00.00	Lider de los Evaluadores Internos
		Informe							S/. 00.00		S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad
							TOTAL PRESUPUESTO S/.					S/. 23900.00



ANEXO N° 03

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	ANUAL	Programado	I SEMESTRE	II SEMESTRE	ANUAL	Programado
			Programado	Programado	Programado		Programado	Programado	Programado	
OE 1: Fortalecer la Calidad de Atención en Salud a través de la Auditoría	A 1.1: Implementar 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		S/. 00.00			S/. 00.00
		Difusión del Plan de Auditoría de la Calidad de atención en salud	1		1		S/. 00.00			S/. 00.00
		Monitoreo del Plan de Auditoría de la Calidad de atención en salud	2	2	4		S/. 00.00	S/. 00.00		S/. 00.00
	A 1.2: Promover el uso de Guías de Práctica Clínica y/o Procedimientos en los diferentes departamentos y oficinas.	Reestructuración o ratificación de los Comités de Auditoría	1		1		S/. 00.00			S/. 00.00
		Consolidar el listado de Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos Asistenciales vigentes	1		1		S/. 00.00			S/. 00.00
A 1.3: Evaluar la calidad de la atención a través de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.	Asesorar en la formulación de Documentos Normativos: Guías de Práctica Clínica, Guías de Procedimientos, Listas de Verificación y Consentimientos Informados.	Medir la adherencia de GPC de las patologías prevalentes y de la Guías de Procedimiento en hospitalización/ Consulta externa/ Emergencia	2	2	4		S/. 00.00	S/. 00.00		S/. 00.00
		Realizar la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	1	1	2		S/. 00.00	S/. 00.00		S/. 00.00
		Coordinar con el Comité de Auditoría médica para la realización de la Auditoría de Caso.	2	2	4		S/. 00.00	S/. 00.00		S/. 00.00
	Seguimiento de la implementación de las recomendaciones.		1		1		S/. 00.00			S/. 00.00
			2	2	4		S/. 00.00	S/. 00.00		S/. 00.00



Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2025
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 1: Fortalecer la Calidad de Atención en Salud a través de la Auditoría	A 1.4: Fortalecer las competencias en 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: Fortalecer las competencias en proyectos de mejora	Persona capacitada	20		20	S/. 00.00		S/. 00.00
		Resolución Directoral	1		1	S/. 00.00		S/. 00.00
OE 2: Promover la Mejora Continua	A 2.2: Implementar la mejora continua, 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
		Informe	1		1	S/. 00.00		S/. 00.00
OE 3: Fortalecer la Información para la Calidad	A 3.1: Medición de la satisfacción del usuario externo	Informe	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	2	2	4	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00
		Informe	1		1	S/. 00.00		S/. 00.00
OE 4: Fortalecer el rol de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud	A 4.1: Actualizar el conocimiento de la normatividad vigente	Lista/ Correo electrónico	1		1	S/. 00.00		S/. 00.00
		Lista / Correo electrónico	1		1	S/. 00.00		S/. 00.00



Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2025
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 flujoograma 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 2025
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: Organizar los equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente	Informe	1		1		S/. 00.00		S/. 00.00
	Monitoreo del Plan de Seguridad del Paciente	Informe	2	2	4		S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00
	Gestionar actividades por la semana de la seguridad del paciente	Informe	1	1	1			S/. 2000.00	S/. 2000.00
	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		S/. 00.00		S/. 00.00
	Capacitación/ Asistencia técnica para fortalecer los aspectos técnicos de las prácticas seguras (Aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía)	Persona capacitada	25	25	50		S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00
	Monitoreo de la implementación de prácticas seguras	Informe	2	2	4		S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00
	A 5.3: Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación-Análisis de Eventos Adversos	Informe	2	2	4		S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00
	A 5.4: Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Adversos	Informe	1	1	2		S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00
	Evaluación de los formatos de la LVSC	Informe	2	2	4		S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00
	Aplicación de la Encuesta de la evaluación de la implementación de la LVSC según Guía técnica.	Encuesta	1	1	2		S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00
	Monitoreo de la correcta aplicación de la LVSC	Informe	1	1	2		S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00
	Seguimiento de las acciones de mejora desarrolladas en base a los resultados de la encuesta de la evaluación de la implementación de la LVSC.	Informe	1	1	2		S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00
A 5.6: Implementar Rondas de Seguridad del Paciente	Ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente.	Informe	6	6	12		S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00
	Monitoreo de las acciones de mejora post ronda	Informe	1	1	2		S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00

Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2025
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: Organizar y planificar para la Autoevaluación	Conformación del Equipo de Acreditación	1		1	S/. 00.00		S/. 00.00
		Conformación del Evaluadores Internos	1		1	S/. 00.00		S/. 00.00
		Capacitación/ Asistencia técnica al Equipo de acreditación y Equipo de evaluadores internos	20		20	S/. 00.00		S/. 00.00
		Elaboración del plan y designación de líder	1		1	S/. 00.00		S/. 00.00
		Designación de responsables por macroproceso	1		1	S/. 00.00		S/. 00.00
	A 6.2: Realizar el proceso de Autoevaluación	Aprobación del plan de autoevaluación	1		1	S/. 00.00		S/. 00.00
		Difusión del plan de autoevaluación	1		1	S/. 00.00		S/. 00.00
		Difusión del proceso de autoevaluación	1		1	S/. 00.00		S/. 00.00
		Reunión de análisis de las fuentes de verificación de los criterios de acreditación con el equipo de evaluadores internos y responsables de macroprocesos	1		1	S/. 00.00		S/. 00.00
		Comunicación del Inicio de la Autoevaluación	1		1	S/. 00.00		S/. 00.00
A 6.3: Analizar los resultados	Elaboración del informe del proceso de autoevaluación	Hojas de registro de datos para autoevaluación	21		21	S/. 00.00		S/. 00.00
		Procesamiento de datos y análisis de resultados		1	1		S/. 00.00	S/. 00.00
		Informe		1	1		S/. 00.00	S/. 00.00



ANEXO N° 04
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 y/o GPROC para los procesos de atención por departamentos para las cinco primeras causas priorizadas	N° de Departamento que disponen de GPC y/o GPROC, de las cinco primeras causas priorizadas x 100	Porcentaje	50%	Informe	Departamentos Servicios Oficina de Gestión de la Calidad
	Porcentaje de departamentos que evalúan adherencia a GPC y/o GPROC	N° total de Departamentos N° de Departamentos que evalúan adherencia a GPC y/o GPROC x 100	Porcentaje	>80%	Informe	Departamentos Servicios Oficina de Gestión de la Calidad
	Porcentaje de cumplimiento de adherencia por guía evaluada	Sumatoria de porcentaje de adherencia a Guía evaluada por patología N° total de historias evaluadas por patología x 100	Porcentaje	>80%	Informe	Departamentos Servicios Oficina de Gestión de la Calidad
	Porcentaje de Historias Clínicas auditadas con calificación satisfactoria	N° HC auditadas con calificación satisfactoria Total de HC auditadas x 100	Porcentaje	55%	Informe	Comités y Equipos de Auditoría Oficina de Gestión de la Calidad
OE 1: Fortalecer Calidad de Atención en salud a través de la Auditoría	Porcentaje de recomendaciones implementadas a través de informes de auditorías	N° recomendaciones implementadas N° recomendaciones de las auditorías x 100	Porcentaje	55%	Informe	Departamentos Servicios Oficina de Gestión de la Calidad
	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 en las líneas de calidad N° total de Departamentos y Oficinas x 100	Porcentaje	50%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad Departamentos y Oficinas
OE 2: Promover la Mejora Continua						



Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2025
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	Porcentaje 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	Porcentaje 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	Porcentaje x 100	= >80%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad
	Personal capacitado en deberes y derechos de los usuarios		Persona capacitada	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	Porcentaje 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	Porcentaje 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	Porcentaje 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	Porcentaje 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 2025
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 2025
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



ANEXO N° 05
PRESUPUESTO REQUERIDO

Objetivo Específico del Plan	Actividad Operativa		Costo de la actividad
OE 1: Fortalecer la Calidad de Atención en Salud a través de la Auditoría	A 1.1: Implementar 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	S/. 00.00
		Difusión del Plan de Auditoría de la Calidad de atención en salud	S/. 00.00
		Monitoreo del Plan de Auditoría de la Calidad de atención en salud	S/. 00.00
		Reestructuración o ratificación de los Comités de Auditoría	S/. 00.00
	A 1.2: Promover el uso de Guías de Práctica Clínica y/o Procedimientos en los diferentes departamentos y oficinas.	Consolidar el listado de Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos Asistenciales vigentes	S/. 00.00
		Medir la adherencia de GPC de las patologías prevalentes y de la Guías de Procedimiento en hospitalización/ Consulta externa/ Emergencia	S/. 00.00
		Asesorar en la formulación de Documentos Normativos: Guías de Práctica Clínica, Guías de Procedimientos, Listas de Verificación y Consentimientos Informados.	S/. 00.00
	A 1.3: 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/. 00.00
		Coordinar con el Comité de Auditoría médica para la realización de la Auditoría de Caso.	S/. 00.00
		Seguimiento de la implementación de las recomendaciones.	S/. 00.00
	A 1.4: Fortalecer las competencias en Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.	Difusión de la Norma Técnica de Auditoría	S/. 00.00
		Capacitación/ Asistencia técnica a los comités de auditoría de la calidad de atención en salud.	S/. 00.00
OE 2: Promover la Mejora Continua	A 2.1: Fortalecer las competencias en proyectos de mejora	Capacitación/ Asistencia técnica en elaboración de proyectos de mejora continua	S/. 00.00
		Conformación de equipos de mejora	S/. 00.00
	A.2.2: Implementar la mejora continua, acciones de mejora/ planes/ proyectos de mejora.	Elaborar el listado de acciones/ planes/ proyectos de mejora	S/. 00.00
		Monitoreo de las acciones de mejora implementadas	S/. 00.00
OE 3: Fortalecer la Información para la Calidad	A 3.1: Medición de la satisfacción del usuario externo	Aplicación de la Encuesta SERVQUAL	S/. 17,500.00
		Informe de acciones de mejora implementadas en base a los resultados de la encuesta SERVQUAL	S/. 00.00
OE 4: Fortalecer el rol de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud	A 4.1: Actualizar 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.	S/. 00.00
		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.	S/. 00.00
	A 4.2: Fomentar el conocimiento de los derechos de los usuarios de los servicios de salud.	Gestionar la compra del Letrero de Plataforma de Atención al Usuario en Salud.	S/. 200.00
		Gestionar la compra de Libros de Reclamaciones en Salud.	S/. 400.00
		Gestionar la adquisición de acrílicos y afiches del libro de reclamaciones.	S/. 300.00
		Gestionar la adquisición de banners y afiches, trípticos sobre Derechos en Salud.	S/. 300.00
		Gestionar la adquisición de afiches sobre el flujograma de atención de consultas y reclamos.	S/. 200.00
		Gestionar la Feria Informativa por el "Día Nacional de la salud y el Buen Trato al Paciente"	S/. 3000.00



Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2025
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

Objetivo Específico del Plan	Actividad Operativa		Costo de la actividad
OE 4: Fortalecer el rol de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud	A 4.3: Fortalecer competencias del personal de la PAUS para la atención al usuario de los servicios de salud	Capacitar al personal de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud.	S/. 00.00
		Capacitar al personal de la Institución sobre la Plataforma de Atención al Usuario en Salud y Derechos en Salud	S/. 00.00
	A 4.4: Generar información para la calidad y promover la mejora continua	Elaborar base de datos de la PAUS.	S/. 00.00
		Elaborar el Informe Trimestral de Reclamos	S/. 00.00
		Registrar en el Sistema SETI RECLAMOS – SUSALUD.	S/. 00.00
		Reporte Mensual de Reclamos a FISSAL, DIRIS Lima Centro.	S/. 00.00
OE 5: Promover una atención basada en prácticas seguras	A 5.1: Organizar los equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente	Aprobación del Equipo de Rondas de seguridad del paciente.	S/. 00.00
		Aprobación del cronograma anual de las rondas de seguridad del paciente	S/. 00.00
		Aprobación del Equipo Conductor y Coordinadores de la LVSC por turno quirúrgico	S/. 00.00
		Aprobación del Comité de Análisis de Eventos Centinela.	S/. 00.00
		Elaboración y Aprobación del Plan de Seguridad del Paciente	S/. 00.00
		Difusión del Plan de Seguridad del Paciente	S/. 00.00
		Monitoreo del Plan de Seguridad del Paciente	S/. 00.00
		Gestionar las actividades por la semana de la seguridad del paciente	S/. 2000.00
	A 5.2: Fortalecer competencias 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	S/. 00.00
		Capacitación/ Asistencia técnica para fortalecer los aspectos técnicos de las prácticas seguras (Aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía)	S/. 00.00
		Monitoreo de la implementación de prácticas seguras	S/. 00.00
	A 5.3: Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación-Análisis de Eventos Adversos	Registro, consolidación y análisis de los incidentes y/o eventos adversos	S/. 00.00
	A 5.4: Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Adversos	Análisis de los Eventos Adversos Centinela mediante la Metodología del Protocolo de Londres.	S/. 00.00
	A 5.5: Promover los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente	Evaluación de los formatos de la LVSC	S/. 00.00
		Aplicación de la Encuesta de la evaluación de la implementación de la LVSC según Guía técnica.	S/. 00.00
		Monitoreo de la correcta aplicación de la LVSC	S/. 00.00
		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
	A 5.6: Implementar Rondas de Seguridad del Paciente	Ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente.	S/. 00.00
		Monitoreo de las acciones de mejora post ronda	S/. 00.00



Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2025
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

Objetivo Específico del Plan	Actividad Operativa		Costo de la actividad
OE 6: Promover el proceso de Autoevaluación para la Acreditación	A 6.1: Organizar y planificar para la Autoevaluación	Conformación del Equipo de Acreditación	S/. 00.00
		Conformación del Evaluadores Internos	S/. 00.00
		Capacitación/ Asistencia técnica al Equipo de acreditación y Equipo de evaluadores internos	S/. 00.00
		Elaboración del plan y designación de líder	S/. 00.00
OE 6: Promover el proceso de Autoevaluación para la Acreditación	A 6.1: Organizar y planificar para la Autoevaluación	Designación de responsables por macroproceso	S/. 00.00
		Aprobación del plan de autoevaluación	S/. 00.00
		Difusión del plan de autoevaluación	S/. 00.00
	A 6.2: Realizar el proceso de Autoevaluación	Difusión del proceso de autoevaluación	S/. 00.00
		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
		Comunicación del Inicio de la Autoevaluación	S/. 00.00
		Aplicación de la lista de estándares de acreditación	S/. 00.00
	A 6.3: Analizar los resultados	Procesamiento de datos y análisis de resultados	S/. 00.00
		Elaboración del informe del proceso de autoevaluación	S/. 00.00
TOTAL			S/. 23,900.00



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

