



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 04 de Febrero de 2025

VISTO:

El expediente N°00020-2025, que contiene la Nota Informativa N°005-OGC-HNAL-2025, el Memorando N° 0153-2025-OEPE-HNAL y el Informe N°0013-2025-OAJ-HNAL; sobre la aprobación del "Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2025", y;



CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, respectivamente;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual tiene por objetivo establecer los principios, normas, metodologías y proceso 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 con la finalidad de contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA se aprobó la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V02 "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud", la cual tiene por objetivo general establecer los lineamientos técnicos y metodológicos para realizar la auditoría de la calidad de la atención en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, sean públicos, privados o mixtos con la finalidad de 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 que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", se señala como objetivos específicos establecer la aplicación de etapas estandarizadas, transparentes y explícitas para la emisión de los Documentos Normativos del Ministerio de Salud; así como, brindar a las instancias proponentes de la regulación del Ministerio de Salud, una herramienta que facilite el desarrollo de sus funciones normativas; estableciendo en el numeral 5.4 como tipos de documentos normativos: la Norma Técnica de Salud, la Directiva, la Guía Técnica y el Documento Técnico. Asimismo, en el numeral 6.1.4 del referido documento se indica que dentro de los documentos que se consideran como Documento Técnico, se encuentran los Planes de diversa naturaleza;

Que, en atención a las normativas citadas en los párrafos precedentes, se advierte que, conforme a sus objetivos funcionales, a través de la Nota Informativa N° 005-OGC-HNAL-



2025, de fecha 02 de enero de 2025, la Oficina de Gestión de la Calidad remitió a la Dirección General el "Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2025" y el sustento técnico para la aprobación de dicho plan, el cual tiene como finalidad optimizar el sistema de gestión de la calidad para el mejoramiento continuo de los servicios que brinda el Hospital Nacional Arzobispo Loayza teniendo en cuenta los objetivos estratégicos establecidos en el Reglamento de Organización y Funciones;

Que, mediante Memorando N° 0153-2025-OEPE-HNAL, de fecha 29 de enero de 2025, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico remitió el Informe N° 006-2025-UFGI-OEPE-HNAL, la Unidad Funcional de Planeamiento y Gestión Institucional, mediante el cual emite opinión técnica favorable a la estructura mínima del Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2025, y que se continúe con el trámite correspondiente;

Que, con Informe N°13-2025-OAJ-HNAL de fecha 31 de enero de 2025, la Oficina de Asesoría Jurídica, concluyó que el expediente se encuentra conforme a la normativa vigente, asimismo cuenta con la opinión técnica del órgano respectivo, por lo que recomienda la emisión del acto resolutivo correspondiente;

Con el visto bueno del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza;

En uso de las atribuciones conferidas mediante Resolución Ministerial N° 777-2005-MINSA, que modifica el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Arzobispo Loayza", y la Resolución Ministerial N° 428-2024-MINSA, de fecha 17 de junio de 2024, que dispone designar temporalmente en el puesto de Director del Hospital III de la Dirección General del Hospital Nacional Arzobispo Loayza al M.C. Eduardo Franklin Yong Motta;

SE RESUELVE:

Artículo 1°. - Aprobar el "Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2025" propuesto por la Oficina de Gestión de la Calidad, que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°. - Encargar a la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, la implementación del Plan aprobado en la presente resolución, así como la supervisión y el cumplimiento del mismo.

Artículo 3°. - Disponer que la Oficina de Comunicaciones publique la presente resolución en el portal de la página institucional del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (www.gob.pe/hospitalloayza).

Regístrese, comuníquese y publíquese,

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA
Dr. EDUARDO FRANKLIN YONG MOTTA
Director General
C.M.P. 001504 R.N.E. 030350



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital Nacional
Arzobispo Loayza

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración
de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA 2025



LIMA - PERÚ

2025





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital Nacional
Arzobispo Loayza

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

CONTROL DE DOCUMENTO

ROL	ÓRGANO	FECHA	V° B°
ELABORADO POR	Oficina de Gestión de la Calidad		
REVISADO POR	Oficina de Asesoría Jurídica	31/01/25	
	Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico		
APROBADO POR	Dirección General		





INDICE

	PAG.
I. Introducción	4
II. Finalidad	5
III. Objetivos	5
IV. Ámbito de Aplicación	5
V. Base Legal	5
VI. Contenido	6
6.1 Aspectos técnicos conceptuales	6
6.2 Análisis de la situación actual del aspecto sanitario o administrativo	8
6.3 Articulación estratégica con los objetivos y acciones del PEI/ Articulación operativa con las actividades operativas del POI	10
6.4 Actividades por objetivo	12
6.5 Presupuesto y financiamiento	12
6.6 Acciones de monitoreo, supervisión y evaluación del Plan	12
VII. Responsabilidades	12
VIII. Anexos	13





I. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud, como ente rector, buscar fortalecer un Sistema Nacional de Salud moderno, eficiente, efectivo y, fundamentalmente humano. Por ello, surge la necesidad y urgencia de desarrollar e implementar una estrategia nacional que permita el fortalecimiento y desarrollo de la calidad de los servicios de salud.

Al respecto, la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro está resuelta a implementar, con la participación de los Establecimientos de Salud del I, II y III Nivel de Atención, las acciones necesarias para mejorar la situación actual de salud de la población de toda la jurisdicción, en especial la de menores recursos, siendo el gran desafío la construcción de un Sector Salud con equidad, eficacia y calidad.

El Hospital Nacional Arzobispo Loayza, como establecimiento de salud nivel III-1, se ha propuesto para este año 2025 desarrollar el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, esfuerzo de gran envergadura, que mediante acciones inmediatas y mediatas logrará concretar en el mediano y largo plazo. En esta orientación, la primera fase está dirigida a mejorar nuestra institución como hospital de referencia nacional y su gran prestigio como hospital docente.

El presente plan tiene como propósito ejecutar las actividades programadas por cada Línea de Acción de Gestión de la Calidad a desarrollarse en el presente año 2025, en cumplimiento a lo establecido por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud – MINSA, para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.





II. FINALIDAD

El Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud del Hospital Nacional Arzobispo Loayza tiene como fin implementar los criterios de programación de actividades de EESS 2025, establecidos por la Unidad Funcional De Gestión de la Calidad del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud – MINSA, para las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro.

III. OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GENERAL

Implementar los criterios de programación de actividades de EESS 2025, establecidos por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud – MINSA en cumplimiento al Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

2.2 OBJETIVOS ESTRATEGICOS

- Ejecutar y supervisar el cumplimiento de las actividades programadas relacionadas a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud para el año 2025.
- Brindar asistencia técnica a las Unidades Prestadoras de Servicio del Hospital, para fortalecer la realización de las actividades y la evaluación de los indicadores relacionados a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

IV. AMBITO DE APLICACIÓN

El alcance del presente Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2025 es de cumplimiento obligatorio por los Departamentos, Servicios y Oficinas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

V. BASE LEGAL

- Ley 26842 "Ley General de Salud".
- Ley N° 29414 Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 519-2006-MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".





- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA que aprueba el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 456-2007-MINSA que aprueba la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02: Norma técnica de salud para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- Resolución Ministerial N° 727-2009-MINSA que aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud.
- 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.
- Resolución Ministerial N° 095-2012-MINSA que aprueba la Guía Técnica: Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad.
- Resolución Ministerial N° 168-2015-MINSA que aprueba el Documento técnico "Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención en salud".
- Resolución Ministerial N° 502-2016-MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 "Norma técnica de Salud de Auditoría de la calidad de la atención en salud".
- Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad para la gestión del riesgo en la atención de salud.
- Resolución Ministerial N° 777-2005/MINSA, que aprueba modificar el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- Resolución Directoral N° 477-DG-HNAL-2015, resuelve conformar el Comité de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, responsables de implementar la Política de Calidad en el HNAL, en aplicación de la normatividad de gestión de la calidad vigente.

VI. CONTENIDO

6.1. ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES

DEFINICIONES OPERACIONALES

- **Acreditación:** Proceso de evaluación del funcionamiento de los establecimientos de salud, para lograr que los usuarios reciban una atención de mejor calidad: oportuna, completa, segura y con trato amable; la cual se verifica por un equipo de evaluadores externos al establecimiento 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.
- **Calidad de la atención:** Conjunto de actividades que realizan los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo en el proceso de atención, desde el punto de





vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados tanto por los proveedores como por los usuarios, en términos de seguridad, eficacia, eficiencia y satisfacción del usuario.

- **Cultura de Seguridad:** Conjunto de valores y normas comunes de los individuos dentro de una misma organización e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir.
- **Gestión de la calidad:** Es el componente de la gestión institucional que determina y aplica la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión de la calidad y se llevan a cabo mediante planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.
- **Equipo de gestión de calidad:** Grupo de personas que trabajan para promover la evaluación de los servicios de salud, a fin de identificar problemas e implementar soluciones en base a una metodología sostenible para el mejoramiento de la calidad.
- **Evento Adverso:** Daño, lesión o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, como consecuencia de problemas en la práctica, productos, procedimientos más que por la enfermedad subyacente del paciente.
- **Higiene de manos:** Término genérico que se refiere a cualquier medida adoptada para la limpieza de manos.
- **Incidente:** Suceso susceptible de provocar daño o complicaciones en otras circunstancias o que pudiera favorecer la aparición de un evento adverso.
- **Instrumentos de calidad:** Mecanismos tangibles utilizados para alcanzar el propósito del Sistema de Gestión de Calidad (Encuestas de satisfacción del usuario interno y externo, Formatos para la Autoevaluación, Matriz para el Análisis de los Resultados de Autoevaluación, Matriz para la Elaboración de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad).
- **Mejoramiento continuo de la calidad:** Es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda la organización, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia.
- **Rondas de Seguridad del Paciente:** Herramienta de calidad que permite evaluar la ejecución de las buenas prácticas de la atención en salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada d un servicio seleccionado al azar en una determinada IPRESS, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.





- **Satisfacción del usuario externo:** Grado de cumplimiento por parte de la organización de salud, respecto a las expectativas y percepciones del usuario en relación a los servicios que esta le ofrece.
- **Seguridad del paciente:** La ausencia de riesgo o daño potencial asociado con la atención sanitaria, que se basa en el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas con el objeto de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- **Sistema de gestión de la calidad en salud:** Es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud del Sector y a sus dependencias públicas y privadas a nivel nacional, regional y local, en lo relativo a la calidad de atención y de la gestión.
- **Sistema de Notificación de Eventos Adversos:** Es un sistema de reporte que permite la identificación de eventos adversos e incidentes que ocurren durante la atención de salud a fin de realizar un análisis a profundidad de los factores que contribuyen a la presentación del evento o incidente.
- **Usuario externo:** Persona que acude a un establecimiento de salud para recibir una atención de salud de manera continua y con calidad, en el contexto de familia y comunidad

6.2. ANALISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO O ADMINISTRATIVO

6.2.1. ANTECEDENTES

Según resultados del Informe de ejecución del Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud HNAL 2024 se obtuvieron los siguientes resultados:

- La lista de verificación de cirugía segura (LVCS) alcanzó un 100% de aplicación en la muestra evaluada durante el año 2024 (319 HCI), con un 47% de registro completo y un 53% con algún tipo de omisión.
- Existen declarados 458 Eventos adversos, 78 Incidentes y 07 Eventos centinela.
- El Equipo de Análisis de Evento Centinela ha realizado la evaluación de 6 eventos centinela reportados utilizando la herramienta del Protocolo de Londres según normativa vigente, quedando pendiente el análisis de 01 evento centinela.
- En relación al Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2024 se ha logrado alcanzar un cumplimiento de las actividades en un 102%.
- Los Informes de Auditorías de Caso (cuya elaboración es según demanda), tienen un cumplimiento anual del 113%, debido a la priorización que se le dio a la elaboración de estos informes por la alta demanda de solicitudes.





- La situación de la implementación de las acciones y proyectos de mejora del Proceso del Autoevaluación HNAL 2024, de aquellos criterios que obtuvieron puntaje de 0 a 1 en los macroprocesos evaluados, el 4% se encuentran implementadas y el 96% pendiente implementación.
- La adherencia a la higiene de manos HNAL 2024, se reporta que el porcentaje de efectividad de la higiene de manos en general es de 91% (4558), porcentaje mayor a la presentada en el 2023 que fue de 91%; asimismo, apreciamos que aún tenemos personal que NO realiza adecuadamente la higiene de manos, que es el 7% (336).
- En relación a la implementación de Rondas de Seguridad, todas las UPSS visitadas durante el año alcanzaron resultados mayores al 70% de implementación, excepto las UPSS Unidad de Cuidados Intermedios y UPSS Centro Quirúrgico SOP 5 evaluadas en noviembre y diciembre 2024 respectivamente, por lo que se encuentran aún dentro del plazo para implementación de mejoras a la fecha del presente informe.
- La Autoevaluación del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2024, obtuvo puntaje de 583.92 de los 21 macroprocesos evaluados, lo cual representa un cumplimiento de 92% y un resultado final de APROBADO.
- Se cumplió con el Estudio de Satisfacción del Usuario Externo HNAL 2024 (SERVQUAL) en los Servicios de Consulta Externa, Emergencia y Hospitalización, actividad programada en el Plan de Gestión de la Calidad del HNAL 2024 y desarrollada desde el 20 de noviembre al 13 de diciembre 2024, de acuerdo a la Guía Técnica para la Evaluación de Satisfacción del Usuario Externo en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

6.2.2. PROBLEMA Y POSIBLES CAUSAS

La calidad en prestación de los servicios de salud es sin duda una preocupación medular en la gestión de todo el sector salud y de la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Centro, no solo por la aspiración a la mejora de las capacidades institucionales, sino sobre todo porque en el eje de todos los procesos se encuentra la vida de las personas, cuya salud debe ser promovida y protegida como obligación insoslayable. Lograr prestaciones de calidad es uno de los mayores desafíos actuales en nuestra institución, motivo por el cual ha incorporado a la provisión de prestaciones que aseguren la satisfacción del usuario.

La necesidad de contar con establecimientos de salud que brinden atenciones seguras y de Calidad es una prioridad para las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) y las acciones de la gestión de la calidad no se pueden desarrollar de forma independiente, si no que se debe integrar a la gestión organizacional con objetivos claros, asignación de recursos, responsables y seguimiento de los recursos mediante indicadores.





6.2.3. POBLACIÓN O ENTIDADES OBJETIVO

El presente Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2025 es de aplicación en todas la Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (UPSS) de la Institución.

6.2.4. ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

Para la problemática identificada se han planteado las siguientes alternativas de solución, las cuales tienen como finalidad fortalecer la cultura de seguridad del paciente en nuestro hospital:

- Monitoreo periódico de la implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía en Historias Clínicas.
- Monitoreo periódico de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en centros quirúrgicos de establecimientos de salud que realicen intervenciones quirúrgicas.
- Monitoreo periódico de la Implementación de mecanismos para el Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de incidentes y/o Eventos Adversos en Salud en los establecimientos de salud.
- Monitoreo periódico de la implementación de la Auditoria de la Calidad de Atención.
- Monitoreo periódico de la implementación de Proyectos y/o acciones de mejora en base a la problemática identificada referente a las líneas de acción del sistema de gestión de la calidad en salud y las prioridades sanitarias
- Monitoreo periódico de la implementación del proceso de higiene de manos en el HNAL.
- Monitoreo periódico de la implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente en los establecimientos de salud.
- Implementación de la Autoevaluación del Proceso de Acreditación HNAL.
- Evaluación de la satisfacción del usuario externo en establecimientos de salud.

6.3. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL PEI/ ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL POI

• POLÍTICA NACIONAL

Tercera Política Nacional de Calidad en Salud

La Autoridad Sanitaria, en su nivel correspondiente, fomenta y difunde las buenas prácticas de atención de la salud y establece incentivos a las organizaciones proveedoras de atención de salud que logren mejoras en la calidad de la atención.





• **OBJETIVO PEI – MINSA 2019 – 2026**

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

PEI MINISTERIO DE SALUD			PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD HNAL 2025
OBJETIVO ESTRATÉGICO	ACCIÓN ESTRATÉGICA	CATEGORÍA PRESUPUESTAL	OBJETIVO GENERAL
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.	9001 Acciones Centrales	5000003 Gestión Administrativa

PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL ANUAL HNAL 2025			PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD HNAL 2025
PRODUCTO	ACTIVIDAD OPERATIVA	DEPARTAMENTO/ OFICINA	OBJETIVO GENERAL
39999999 Sin producto	5000003 – Gestión administrativa (Oficina de gestión de la calidad)	Oficina de Gestión de la Calidad	60 Informe





6.4. ACTIVIDADES POR OBJETIVOS

Las actividades contempladas en el presente Plan obedecen a los objetivos específicos antes mencionados y a las Líneas de Acción establecidas en cumplimiento a los Criterios de Programación de la Dirección de Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud – Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud para el periodo 2025.

Los componentes, líneas de acción e indicadores a evaluar de acuerdo a los criterios de programación de actividades de EESS 2025, se detalla en la matriz de los criterios de programación de actividades para los establecimientos de salud aprobado por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento – MINSA para el presente año. **(ANEXO N° 1)**

6.5. PRESUPUESTO Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El presente plan no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2025.

6.6. ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN

El monitoreo, supervisión y evaluación del Plan estará a cargo de la Oficina de Gestión de la Calidad, realizándose el seguimiento a las buenas prácticas de atención en salud mediante visitas inopinadas a las UPSS, reuniones de análisis de eventos adversos y eventos centinelas y la ejecución de Rondas de Seguridad del paciente, reportados mediante informes trimestrales o semestrales o reportes de actividad, como corresponda según cada actividad.

VII. RESPONSABILIDADES

- La Dirección General es responsable de la aprobación del Plan de Gestión de la Calidad en Salud del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2025 y de garantizar su cumplimiento.
- El Comité de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Arzobispo Loayza es responsable de la evaluación del presente plan y remitir la información correspondiente dentro de la periodicidad establecida a su par de DIRIS Lima Centro.
- Los Jefes de Departamentos, Oficinas y Comités Funcionales del HNAL son responsables del Monitoreo de cada actividad programada según lo detallado en el presente plan y de remitir los informes respectivos al Comité de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Arzobispo Loayza para su evaluación y consolidación respectiva.





VII. ANEXOS

ANEXO 1: CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA 2025.



ANEXO Nº 1: CRITERIOS DE PROGRAMACION DE ACTIVIDADES HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA 2025
VICEMINISTERIO DE PRESTACIONES Y ASEGURAMIENTO EN SALUD - UNIDAD FUNCIONAL DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD

COMPONENTE	DENOMINACION		FACTOR DE CONCENTRACIÓN	CARACTERÍSTICAS DE PROGRAMACION							PROGRAMACIÓN				% EJECUCIÓN	EVIDENCIA DOCUMENTARIA	RESPONSABLE
	CRITERIOS y/o ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA		DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACION/REGISTRO	CRITERIOS DE PROGRAMACION DE ACTIVIDADES	NORMATIVA	POLÍTICA DE LA CALIDAD EN SALUD	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM					
PLANIFICACIÓN	1	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad por EESS (Categoría I-3)	1	Documento mediante el cual se establecen los antecedentes, objetivos, actividades y tareas relacionadas a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.	Plan de Gestión de la Calidad en Salud aprobado por la Jefatura/Dirección y remitida a la DIRIS.	Plan de Gestión de la Calidad en Salud aprobado en forma anual por la Jefatura/Dirección de la IPRESS	RM 519-2006/MINSA	Sexta Política	x							Comité de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Arzobispo Loayza	
	2	Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en centros quirúrgicos de establecimientos de salud que realicen intervenciones quirúrgicas.	4	Aplicación de la Lista de verificación de seguridad de la cirugía en los centros quirúrgicos y de las Encuestas de evaluación de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (a cargo del Equipo Conductor), conforme a lo establecido en la normatividad vigente.	Listas de verificación aplicadas. Encuesta de evaluación de la implementación de la Lista de Verificación. Informe de la implementación de la Lista de verificación y de la aplicación de la Encuesta.	Información trimestral consolidada de la implementación de la Lista de verificación y de la aplicación de la Encuesta en los centros quirúrgicos de establecimientos de salud de Nivel II y III	RM N°1021-2010/MINSA	Octava Política	x	x	x	x				Equipo Conductor LVCS-HNAL	
3	Implementación de mecanismos para el Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de incidentes y/o Eventos Adversos en Salud en los establecimientos de salud.	Informe	4	Desarrollo de los procedimientos para el registro, notificación y el análisis sobre la ocurrencia de incidentes y/o eventos adversos en Salud en los establecimientos de salud.	Reporte de incidentes y/o eventos adversos registrados. Informe del análisis de eventos adversos.	Información trimestral consolidada del registro, notificación y análisis de incidentes y/o eventos adversos en salud, ocurridos en establecimientos de salud.	RM N° 727-2009/MINSA	Octava Política	x	x	x	x				Oficina de Gestión de la Calidad	



4	Implementación de la Auditoría de la Calidad de Atención en los establecimientos de salud.	Informe	4	Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud.	Plan anual de auditoría de la Calidad de Atención (cronograma). Informe de auditorías de la Calidad de atención realizadas. Informe de implementación de recomendaciones.	Información trimestral de Auditorías de la Calidad de atención realizadas en establecimientos de salud, según tipo de auditoría (programada y no programada) y de implementación de las recomendaciones.	RM N° 502-2016/MINSA	Octava Política	X	X	X	X	Comité de Auditoría Médica y Calidad en Salud
5	Implementación de proyectos y/o acciones de mejora en base a la problemática identificada referente a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y las prioridades sanitarias nacionales y regionales.	Informe	2	Resultados del desarrollo de proyectos y/o acciones de mejora en base a la problemática identificada referente a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y las prioridades sanitarias nacionales y regionales.	Informe sobre proyectos y/o acciones de mejora implementados.	Información semestral de proyectos y/o acciones de mejora, relacionados a la problemática sanitaria nacional/regional, implementados en establecimientos de salud de DIRESA/GERESA/DIRIS/SANIDADES Y ESSALUD.	RM N° 095-2012/MINSA	Septima Política	x	X			Oficina de Gestión de la Calidad
6	Implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud.	Informe	4	Informe trimestral consolidado en relación al porcentaje de cumplimiento de la adherencia a la higiene de manos en servicios de los establecimientos de salud.	Informes trimestrales de los establecimientos de salud de las DIRESAS/GERESA/S/DIRIS/SANIDADES Y ESSALUD.	Actividades de monitoreo y supervisión desplegadas por los responsables de gestión de la calidad en coordinación con responsable de epidemiología y otros a nivel de los servicios de los establecimientos de salud.	RM N° 255-2016/MINSA.	Octava Política	x	X	x	X	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

7	Implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente en los establecimientos de salud.	Informe	4	Informe trimestral consolidado en relación al porcentaje de cumplimiento de los indicadores de evaluación e implementación de las rondas de seguridad del paciente.	Informes trimestrales de los establecimientos de salud de las DIRIS e Institutos Nacionales.	Actividades desplegadas por parte de los responsables de gestión de la calidad en coordinación con responsables de los servicios priorizados.	RM Nº 163-MINSA Directiva Sanitaria 92-MINSA-2020/DGAIN	Octava Política	X	X	X	X	Equipo de Rondas de Seguridad del HNAL
8	Implementación de la Autoevaluación del Proceso de acreditación EE.SS.	Informe	1	Actividad de evaluación interna del proceso de acreditación del establecimiento de salud, mediante la evaluación del cumplimiento de estándares preestablecidos, agrupados por Macroprocesos y clasificaciones en categoría de macroprocesos gerenciales, prestacionales y de apoyo.	Informes sobre conformación de Equipos, Plan de autoevaluación, comunicación de inicio de autoevaluación e Informe técnico de Autoevaluación de los EE.SS de su ámbito.	Una Autoevaluación al año por EE.SS.	RM Nº 456-2007/MINSA, RM Nº 270-2009/MINSA	Séptima Política	x				Equipo de Autoevaluación del HNAL
9	Evaluación de la satisfacción del usuario externo en establecimientos de salud (a partir de categorías I-3)	Informe	1	Actividad de evaluación del grado de satisfacción del usuario externo mediante la aplicación de encuestas SERVQUAL - modificada, procesamiento y reporte con el aplicativo (formato excel), en consulta externa, hospitalización y emergencia, en establecimientos de salud (a partir de categoría I-3).	Informe anual emitido por los establecimientos de salud de la DIRIS sobre los resultados de la evaluación de la satisfacción del usuario externo en consulta externa, hospitalización y emergencia.	Una Autoevaluación al año por EE.SS.	RM Nº 527-2011/MINSA	Séptima Política	X				Oficina de Gestión de la calidad
INFORMACIÓN													

