



HOSPITAL BELÉN
LAMBAYEQUE

“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”



PERÚ
Ministerio
de Salud

PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



HOSPITAL DOCENTE BELÉN DE LAMBAYEQUE

LAMBAYEQUE 2025



ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	03
2.	BASE LEGAL	04-05
3.	FINALIDAD.....	05
4.	OBJETIVOS.....	05-06
5.	ÁMBITO DE APLICACIÓN	06
6.	CONTENIDO.....	06-07-08
7.	FINANCIAMIENTO	09
8.	ACTIVIDADES	10
9.	RESPONSABILIDADES.....	11
10.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	12





INTRODUCCIÓN

El plan anual de Gestión de la calidad en salud, constituye una herramienta fundamental para el cumplimiento de las políticas nacionales, estableciendo una adecuada planificación para el logro de los objetivos y seguimiento deseado que permita brindar a los usuarios acceso oportuno a prestaciones integrales y de calidad acorde con sus necesidades. Es imprescindible tener en consideración que de acuerdo a los lineamientos establecidos por el Minsa, la planificación de la calidad tiene un carácter estratégico que involucra a toda la organización, desde el más alto nivel directivo hasta el nivel operacional por lo que su enfoque es participativo, lo que implica todo un esfuerzo institucional.

Debido a los problemas de salud vigentes, las autoridades en salud han priorizado las intervenciones a través de los Programas Presupuestales los cuales se encuentran articulados con los ejes Regionales Eje 6: Garantizar la atención integral de salud con equidad e inclusión social en todos los niveles de atención, los cuales están contenidos en el PEI 2022-2027 y cuyos objetivos estratégicos están orientados a la provisión de los servicios públicos, razón de ser de la institución regional.

Que la División de Planeamiento Estratégico dentro de su rol asesor, tiene la capacidad de realizar Asistencia técnica constante en relación a la Implementación de las Políticas de Salud y de las Normas Vigentes con las estrategias sanitarias, así como con las unidades operativas inmersas directamente en el cumplimiento de las metas, Por lo que el presente plan detalla las actividades a realizarse durante el periodo 2018 con la finalidad de ver reflejado en los informes técnicos la eficiencia de cumplimiento.

La Calidad en salud es "La Atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios para el usuario. 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.

Es así que, la calidad en la prestación de los servicios de salud es sin duda una preocupación medular en la gestión de todo el sector salud, 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 las prestaciones que asegure la atención al usuario externo.

MISIÓN

La Misión del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque es prevenir los riesgos, proteger del daño, recuperar la salud y rehabilitar las capacidades de los pacientes, en condiciones de plena accesibilidad y de atención a la persona desde su concepción hasta su muerte natural.

VISIÓN

Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque para el año 2025 será un hospital con usuarios satisfechos por la atención, con trabajadores capacitados, pro-activos y trabajando en equipo; con servicios básicos, infraestructura y equipamientos mínimos adecuados; con gestión democrática e investigando y coordinando la solución a los problemas de salud de su ámbito de influencia, con personal preparado o especializado.

II. BASE LEGAL

- Ley N° 26842 Ley General de Salud
- Ley N° 29414, ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Ley N° 27657, ley del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 014-2002-SA- Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Legislativo N° 276, ley de bases de la carrera administrativa y de remuneraciones del Sector Público.
- Resolución Ministerial N° 889-207/MINSA que aprueba la directiva administrativa de Auditoría de caso de la Calidad de la atención en salud.
- Resolución Ministerial N° 1263-2004/MINSA, lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en las Unidades de la Gestión de la Calidad.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA que aprueba el reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 519-2005/MINSA que aprueba el Documento Técnico, Sistema de Gestión de la Calidad.
- Resolución Ministerial N° 474-2005 que aprueba la norma técnica N° 029-MINSA DGSP-V, Norma Técnica de Auditoría de la calidad de Atención en Salud.
- 022-MINSA DGSP, norma técnica de salud para la gestión de la historia clínica.
- Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA que aprueba la norma técnica N° 022-MINSA DGSP, norma técnica de salud para la gestión de la historia clínica.





- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA que aprueba la norma técnica N° 050- MINSA DGSP-V, norma técnica de salud para la acreditación de establecimiento de salud y servicios médicos de apoyo.
- Resolución Ministerial N° 727- 2009/MINSA que aprueba el documento técnico política nacional de calidad en salud del 29 de octubre del 2009.
- 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.
- Decreto Supremo N° 014-2002-SA, Reglamento de Organización y Funciones de los Establecimientos de Salud Públicos.
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, Norma Técnica de Auditoría de Calidad de la Atención en Salud (NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02).
- Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA, Lineamientos para la implementación de la Seguridad del Paciente en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS).
- Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Decreto Supremo N° 022-2024-SA, que define el listado de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2025.
- Resolución Ministerial N° 468-2011/MINSA que aprueba el Documento Técnico “Metodología para el Estudio del Clima Organizacional”.



III. FINALIDAD

El presente plan tiene como finalidad mejorar la calidad y la seguridad de la atención, establecer los objetivos, resultados y actividades orientadas a la mejora continua de los procesos estratégicos, que se brinda a los pacientes del Hospital Belén de Lambayeque, para el periodo 2025.



IV. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL

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.

4.2 OBJETIVO GENERAL

Fortalecer el desarrollo de competencias laborales del personal de salud a fin de garantizar, optimizar y elevar la calidad de atención al usuario en las diferentes áreas del hospital Belén de Lambayeque que conduzca a lograr resultados de mayor impacto en la mejora de la calidad de atención en salud y satisfacción de los usuarios internos y externos.



4.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las necesidades y desarrollar actividades de capacitación más urgentes y prioritarias para un buen desempeño laboral del personal.
- Mejorar la gestión pública institucional.
- Aumentar la resiliencia ante la presencia de fenómenos adversos en la población.
- Mejorar la atención integral de la salud de la población del departamento de Lambayeque.
- Fortalecer la Información para la Calidad de la Atención en Salud.
- Fortalecer los mecanismos de escucha al usuario externo mediante el (PAUS), libro de reclamaciones y buzón de sugerencia orientado a la mejora de la calidad de atención.
- Determinar el nivel de satisfacción de los usuarios externos mediante la aplicación de la encuesta.
- Realizar la Auditoría de la Calidad de Atención en el Hospital Belén Lambayeque.
- Promover el sistema de gestión de riesgos para la seguridad del paciente a través de las rondas de seguridad.
- Difundir, supervisar y evaluar el cumplimiento de la norma de auditoría de la calidad de atención en los servicios asistenciales del HBL.
- Desarrollar el proceso de autoevaluación y mejoramiento de los estándares para la acreditación hospitalaria.
- mejorar la percepción del usuario externo fomentando y sensibilizando al personal sobre trato humanizado e inclusivo que permita disminuir el número de quejas o reclamos.
- fortalecer el trabajo en equipo y la capacidad de organización, planificación y solución de problemas.
- Implementar el monitoreo y evaluación de los indicadores de Calidad.



IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan es de aplicación en todos los órganos y/o unidades orgánicas del hospital Belén de Lambayeque, durante el periodo 2025.



V. CONTENIDO

5.1 Definiciones Operacionales:

- **Capacitación:** Es el proceso que busca la mejora del desempeño de los servidores civiles, a través del cierre de brechas o desarrollo de competencias o conocimientos.
- **Acción de capacitación:** Actividad de enseñanza-aprendizaje destinada a cerrar brechas o desarrollar competencias o conocimientos en el servidor civil. En formación laboral pueden ser talleres, cursos, seminarios, diplomados u otros que no conduzcan a un grado académico ni a título profesional. Las acciones de capacitación pueden realizarse dentro o fuera de la entidad y dentro o fuera de la jornada de servicio.
- **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.
- **Competencias:** Son características personales que se traducen en comportamientos visibles para el desempeño laboral exitoso; involucra de forma integrada el conocimiento, habilidades y actitudes, las cuales son el factor diferenciador dentro de una organización y contexto determinado.
- **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.
- **Buen trato del paciente:** Brindar un espacio de relación con nuestros pacientes, familiares y la comunidad, con un enfoque inclusivo y humanizante, participativo y territorial.
- **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.

VI. Principio del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud

- **Enfoque al usuario:** la institución depende de los usuarios, por lo tanto, debemos entender sus necesidades presentes y futuras, satisfacer sus demandas y esforzarnos por exceder sus expectativas.

- **Liderazgo:** cumplimiento de los objetivos de la calidad, requiere que la alta dirección conduzca a la mejora continua de nuestra institución.

- **Participación personal:** personal que labora en nuestra institución, en todos los niveles, es la esencia de la organización, ya que mediante su compromiso posibilita el uso de sus habilidades y conocimientos en beneficio de la calidad.

- **Enfoque basado en procesos:** el resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.

- **Enfoque sistémico para la gestión:** identificar, comprender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuyendo a la eficacia y eficiencia.

- **Mejora continua de la calidad:** la mejora continua del desempeño de la organización debe generar una necesidad permanente de elevar los estándares de calidad técnicos, humanos y administrativos.

- **Toma de decisiones basada en evidencia:** las decisiones eficaces se basan en el análisis de datos y la información.





VII. CARACTERIZACIÓN DEL PLAN

7.1 Identificación y priorización de necesidades

- Compromiso de los coordinadores a lograr una eficiente ejecución de metas.
- Adecuado estímulo para asumir los compromisos de cumplimiento.
- Asignación de recursos humanos sobre todo asistenciales en los diferentes centros de costo para cumplir con sus metas.
- Inadecuado abastecimiento de bienes e insumos (cantidad y oportunidad).
- Limitada e inadecuada infraestructura física para el desarrollo de sus actividades.
- Fuga de información estadística Inadecuado registro de información.
- La asignación de presupuesto no se ajusta a lo requerido por el centro de costo, generando que el cumplimiento de metas busque otras opciones o sea financiado con el aporte de otro programa presupuestal.
- Generar una adecuada programación anual según cuadro de necesidades ingresadas en SIGA.
- Identificar las inconsistencias de periodos anteriores en el POI para poder generar un mejor informe técnico de formulación POI para el siguiente año, consistente con el PEI y las Metas presupuestales.

7.2 Definición de actividades

- Establecer con la Administración y Logística se respete la programación de gasto teniendo en cuenta el cuadro de necesidades.
- Identificación de áreas críticas que requieren mejoramiento en su infraestructura haciendo de conocimiento a los directivos para la toma de decisiones.
- Realizar monitoreo de los sistemas de registro con la Unidad de Estadística e Informática y buscar mecanismo de actualización (si lo amerita) y/o alternativas de registro adicionales (si lo amerita) a fin de uniformizar los datos y mejorar el sistema de información.
- Realizar reunión para brindar orientación previa al seguimiento y evaluación del POI.
- Realizar reuniones técnicas posterior al Seguimiento y Evaluación trimestral de ejecución de metas físicas para su retroalimentación, las mismas que adicionalmente deberán de contener charlas de concientización respecto a la responsabilidad de registrar y documentar las actividades, las cuales permitirán que se genere continuidad del trabajo cuando un personal sea rotado del área de trabajo y que la documentación sea sustento para casos de evaluación y/o supervisión.
- Formular el cuadro de necesidades para el siguiente año, teniendo como base las observaciones realizadas durante el periodo de evaluación, coordinando con la unidad de





logística la validación del formato en Excel de los requerimientos, así como la asistencia técnica para su llenado con el área de programación.

- Formular POI del siguiente periodo fiscal, consistente con el PEI y las Metas presupuestales.

VIII. FINANCIAMIENTO

Las acciones anuales de capacitación contempladas en el presente plan que corresponde al año 2025, serán financiadas con recursos propios de la institución.

IX. PARTICIPANTES:

- Director Ejecutivo
- Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
- Jefe de Administración
- Jefe de Planeamiento estratégico
- Responsable del Área de Planes y Programas
- Los Coordinadores de los programas estratégicos
- Los Jefes de Departamento según la estructura orgánica institucional

X. ACCIONES PRIORITARIAS

Es prioridad entre otras acciones las siguientes:

- continuar desarrollando el proceso de autoevaluación en el hospital belén de Lambayeque en el marco de la acreditación.
- Promover y fortalecer el sistema de registro, notificación y análisis de la ocurrencia de eventos adversos.
- Continuar realizando la auditoría de la calidad de atención en salud para fortalecer la calidad de servicio.
- Formular, implementar y ejecutar proyectos de mejora continua de la calidad.
- Monitorear e implementar mejoras en base

XI. ACTIVIDADES Y TAREAS

11.1 PLANIFICACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD

- Elaborar el Plan Anual de Unidad de Gestión de la Calidad.
- Reuniones técnicas de coordinación, socialización y análisis de resultados del Sistema de Gestión de la Calidad.

11.2 AUTOEVALUACIÓN EN EL MARCO DE LA ACREDITACIÓN

- Conformar el comité de autoevaluación.



- Formular el plan de autoevaluación 2025.
- Conformar el equipo de evaluadores internos.
- Conformar el equipo de acreditación.
- Realizar evento de capacitación de los evaluadores internos.
- Ejecutar la autoevaluación en base de criterios y estándares de los macroprocesos.
- Elaborar el informe de resultados, conclusiones y recomendaciones.
- Realizar seguimiento e implementación de las recomendaciones.

11.3 AUDITORIA EN SALUD

- Conformar el comité de auditoría de la calidad en la salud.
- Elaborar un plan de Auditoría de la calidad de atención.
- Ejecutar acciones de auditoría.
- Realizar seguimiento e implementación de recomendaciones.

11.4 GESTIÓN DE RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

- Conformar el comité de Seguridad del paciente.
- Formular el plan de seguridad del paciente.
- Ejecutar rondas de seguridad del paciente.
- Emitir informe de resultados, conclusiones y recomendaciones de ronda de seguridad del paciente.
- Emitir informe de ocurrencias de eventos adversos.
- Emitir informe de resultados de supervisión de la adherencia a la higiene de manos.
- Sensibilizar y capacitar al personal sobre la importancia de la higiene de manos en salud .
- Emitir informe de monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.

11.5 IMPLEMENTACIÓN PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA

- Elaborar el plan de proyectos de mejora continua de la calidad.
- Formular proyectos de mejora continua de la calidad.
- Emitir informe técnico del proyecto de mejora continua.

11.6 GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO: PAUS, LIBRO DE RECLAMACIONES Y BUZÓN DE SUGERENCIAS.

- Conformar el comité de relaciones con el usuario externo.
- Elaborar el plan de plataforma de atención al usuario.
- Fortalecer la continuidad de los módulos de escucha al usuario externo (Buzón de sugerencia).



- Emitir informe técnico del módulo de escucha al usuario externo.
- Atender libro de reclamaciones.
- Elaborar informe periodico del libro de reclamaciones a OCI y dirección general.
- Contar con orientadores en salud.
- Elaborar informe final de la plataforma de atención del usuario.

11.7 MEDICIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO

- Elaborar el manual de medición de la satisfacción del usuario externo- aplicación de la encuesta SERVQUAL.
- Capacitar a los encuestadores externos.
- Ejecución de encuesta de satisfacción del usuario externo en los servicios de consulta externa, hospitalización y emergencia.
- Emitir el informe final con los resultados, conclusiones y recomendaciones de la encuesta.

11.8 MEDICIÓN DEL CLIMA ORGANIZACIONAL

- Elaborar el Plan de Estudio de Clima organizacional.
- Coordinar con la oficina de recursos humanos para la elección de la población y muestra.
- Ejecución de encuesta de clima organizacional del usuario interno del Hospital
- Emitir el informe final con los resultados, conclusiones y elaborar el Plan de mejora continua.

La unidad orgánica encargada de realizar el monitoreo, supervisión y evaluación de las acciones programadas en el Plan de Gestión de la Calidad 2025, es la Oficina de Calidad, para lo cual coordinará con los diferentes comités sobre el desarrollo de las diferentes dimensiones, promoviendo la evaluación, implementación de los reajustes y detectando los logros y dificultades.





CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2025

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	AÑO 2025											
		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
PLANIFICACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD													
Elaborar el Plan Anual de Unidad de Gestión de la Calidad	Plan	x											
Reunión de socialización del Plan Anual de Gestión de la Calidad.	Plan		x										
Reuniones técnicas de coordinación, socialización y análisis de resultados del Sistema de Gestión de la calidad.	Actas			x						x			x
Informe de Plan anual de Gestión de la Calidad	Informe							x					x
AUTOEVALUACIÓN EN EL MARCO DE LA ACREDITACIÓN													
Conformar el comité de autoevaluación.	Resolución	x											





HOSPITAL BELÉN
LAMBAYEQUE



PERU
Ministerio
de Salud

“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

Coordinar con la oficina de recursos humanos para la elección de la población y muestra.	Acción																			
Ejecución de encuesta de clima organizacional del usuario interno del Hospital	Encuesta																			
Emitir el informe final con los resultados, conclusiones y elaborar el Plan de mejora continua.	Informe																			

