



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
Víctor Larco Herrera

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

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Lima – Perú

2025



HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Aprobado por:

MED. Edgar Jesús Miraval Rojas
Directora General

Revisado por:

MED. José del Carmen Farro Sánchez
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

Elaborado por:

Raúl Julián Blondet Hernández
Responsable de la PAUS



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
I. FINALIDAD.....	5
II. OBJETIVOS.....	5
2.1. Objetivo General.....	5
2.2. Objetivos Específicos.....	5
III. AMBITO DE APLICACIÓN.....	5
IV. BASE LEGAL.....	6
V. CONTENIDO.....	6
5.1. Definiciones Operativas.....	6
5.1.1. Auditoria de la Calidad de Atención en Salud.....	6
5.1.2. Buena práctica institucional.....	7
5.1.3. Garantía y Mejora.....	7
5.1.4. Mejoramiento continuo de la Calidad.....	7
5.1.5. PAUS.....	7
5.1.6. Planificación para la calidad.....	7
5.1.7. Principios del Sistema de Gestión de la Calidad.....	7
5.1.8. Proyecto de mejora.....	7
5.1.9. Seguridad del Paciente.....	8
5.1.10. SERVQUAL.....	8
5.1.11. Sistema de Gestión de la Calidad.....	8
5.2. Análisis de la situación actual del Aspecto Administrativo.....	8
5.2.1. Antecedentes.....	8
5.2.2. Criterios de Programación de Actividades para Institutos (IPRESS III-E) 2025.....	8
5.2.3. Capacidad Operativa.....	9
5.3. Disposiciones Generales.....	9
OE 1: Gestión de procesos para la certificación /acreditación.....	9
OE 2: Cultura de la calidad y mejora continua.....	9
OE 3: Gestión de la Satisfacción del usuario externo.....	9
OE 4: Gestión de la plataforma de atención al usuario.....	9
OE 5: Gestión del riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente.....	9
OE 6: Gestión de la Información Sanitaria.....	10
5.4. Disposiciones Específicas.....	10
5.4.1. OE 1: Gestión de procesos para la certificación /acreditación.....	10
5.4.2. OE 2: Cultura de la calidad y mejora continua.....	10
5.4.3. OE 3: Gestión de la Satisfacción del usuario externo.....	10
5.4.4. OE 4: Gestión de la Plataforma de atención al usuario.....	10
5.4.5. OE 5: Gestión del riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente.....	10
5.4.6. OE 6: Gestión de la información sanitaria.....	11



VI. RESPONSABILIDADES 11

VII. ANEXO 11

ANEXO N° 1. MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD-2025. 12



INTRODUCCIÓN

En el Perú la Salud Mental es una prioridad del Sector Salud, a fin de fortalecer el cuidado integral de salud de la persona, familia y comunidad. Nuestro país requiere contar con servicios de salud con capacidad resolutoria que respondan a la demanda de la población, con prestaciones de salud que sean de calidad, equitativas y oportunas.

El Hospital Víctor Larco Herrera es un Institución con Categoría III-E, que tiene como función principal brindar a la población servicios especializados en prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación en Psiquiatría y Salud Mental.

En el marco normativo del documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad" y el documento técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", los enfoques de calidad han venido avanzando con metodologías e instrumentos orientados a los resultados, por lo que, el Hospital Víctor Larco Herrera a través de la Oficina de Gestión de la Calidad asume el desafío de responder a las prioridades del Sector, balanceando sus acciones y recursos hacia la calidad de la atención, por lo que se viene implementando estrategias y desarrollando acciones orientadas a mejorar la prestación de nuestros servicios asistenciales y administrativos a través de los Ejes y líneas de acción.

En el Plan Anual de Gestión de la Calidad 2025, se plantea los objetivos alineados a los criterios de programación de actividades, que se llevarán a cabo en el proceso de autoevaluación y acreditación, acciones de mejora, capacitación, seguimiento, ejecución de proyectos de mejora, satisfacción del usuario externo, medición del tiempo de espera, plataforma de atención al usuario, seguridad del paciente y acciones de auditoría, actividades que serán informadas de manera trimestral y/o semestral según el cronograma a la Dirección General del Hospital, a Dirección de Redes Integradas Lima Centro y MINSA.



I. FINALIDAD

Contribuir a la implementación del sistema de Gestión Integral de la Calidad del hospital "Víctor Larco Herrera", de acuerdo a los componentes y actividades establecidas por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad del Ministerio de Salud (UFGCS) y garantizar la calidad de la atención que se brinda a nuestros usuarios.



II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Fortalecer la calidad de atención en salud y la mejora continua, con la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad del hospital "Víctor Larco Herrera".

2.2. Objetivos Específicos

- OE 1: Gestión de procesos para la certificación /acreditación.
- OE 2: Cultura de la calidad y mejora continua.
- OE 3: Gestión de la satisfacción del usuario externo.
- OE 4: Gestión de la Plataforma de atención al usuario.
- OE 5: Gestión del riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente.
- OE 6: Gestión de la información sanitaria.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan es de cumplimiento obligatorio por las unidades asistenciales y administrativas del Hospital Víctor Larco Herrera.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, "Ley General de Salud" y sus modificatorias.
- Ley N° 27658, "Ley Marco de Modernización de la Gestión del estado" y sus modificatorias.
- Ley N° 30947, "Ley de Salud Mental", del 23 de mayo 2019.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el: "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema 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" y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, que aprueba el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, "Guía Técnica del Evaluador para Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "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° 414-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica".
- Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, que aprueba la NTS N°117-MINSA/DGSP-V.01, "Norma técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud".
- Resolución Jefatural N° 393-2016-IGSS, que aprueba la Directiva Sanitaria N°003-IGSS/V.01: "Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente".
- Resolución Jefatural N° 631-2016-IGSS, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 005-IGSS/V.01: "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas".
- Resolución Ministerial N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- Decreto Supremo N° 002-2019-SA que aprueba el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud -IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.



V. CONTENIDO

5.1. Definiciones Operativas

5.1.1. Auditoria de la Calidad de Atención en Salud

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. Tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en los

establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, esto implica lo siguiente:

- La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos en salud definidos como prioritarios;
- La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas;
- La propuesta e implementación de recomendaciones tendientes a corregir las desviaciones detectadas y el seguimiento de las mismas.

5.1.2. Buena práctica institucional

Es un conjunto de procedimientos y actividades vinculadas por un objetivo, que demuestra resultados en el manejo y solución de un problema, resultados tangibles y medibles en cuanto a la mejora de la calidad y están orientadas a brindar beneficios a los pacientes o usuarios internos y/o colaboradores, es innovadora, eficiente y sostenible, es factible de ser replicada por otros y es desarrollada en equipo.

5.1.3 Garantía y Mejora

Conjunto de acciones que se llevan a cabo para regular y consolidar el desempeño, de forma continua y cíclica, de tal manera que la atención prestada sea lo más efectiva, eficaz y segura posible, orientada siempre a la satisfacción del usuario y en el marco de las normas del Sistema, implica asegurar que se genere, mantenga y mejore la calidad en los servicios de salud.

5.1.4. 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 construir una organización de excelencia.

5.1.5. PAUS

Es el conjunto de acciones, actos y actividades destinadas a la atención y gestión de consultas y reclamos presentados por los usuarios ante la IAFAS, IPRESS Y UGIPRESS, orientados a la solución de la insatisfacción respecto a los servicios, prestaciones o coberturas relacionadas con su atención en salud.

5.1.6. Planificación para la calidad

Permite definir e implementar las políticas generales y objetivos de calidad a partir de las cuales se articularán los esfuerzos posteriores de compromiso y participación en el proceso de desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

5.1.7. Principios del Sistema de Gestión de la Calidad

- Enfoque al usuario.
- Liderazgo.
- Participación del personal.
- Enfoque basado en procesos.
- Enfoque sistémico para la gestión.
- Mejora continua de la calidad.
- Toma de decisiones basadas en evidencias.

5.1.8. Proyecto de mejora

Conjunto ordenado de acciones y procesos que usando recursos preestablecidos logra resultados en un tiempo determinado y son orientados a generar resultados favorables en el desempeño y condiciones.



5.1.9. Seguridad del Paciente

Es la prevención y mitigación de los daños causados por errores de omisión o comisión que se asocian con la atención en salud, y que supone el desarrollo de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad de errores, y maximizar la probabilidad de identificarlos y controlarlos cuando se producen, garantizando la obtención de óptimos resultados para el paciente.

5.1.10. SERVQUAL

Define la calidad de servicio como la brecha o diferencia (P menos E) entre las percepciones (P) y expectativas (E) de los usuarios externos. La herramienta SERVQUAL (Quality Service) se utiliza para determinar el nivel de satisfacción con la calidad del servicio que se brinda al usuario.

Es una herramienta desarrollada por A. Parasuraman y colaboradores, quienes sugieren que la comparación entre las expectativas generales de los usuarios (clientes, usuarios, pacientes, beneficiarios) y sus percepciones respecto al servicio que presta una organización, puede constituir una medida de la calidad del servicio.

5.1.11. Sistema de Gestión de la Calidad

Es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a las entidades de salud en lo relativo a la calidad y a la atención del riesgo.

5.2. Análisis de la situación actual del Aspecto Administrativo

5.2.1. Antecedentes

En el marco de la RM N°519-2006/MINSA que aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" en el Hospital "Víctor Larco Herrera" la Oficina de Gestión de la Calidad es la Unidad Orgánica de Asesoramiento a la Dirección General y responsable de la implementación de los principios, normas, metodologías y procesos del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud aprobada por el ente rector, a fin de impulsar la mejora continua de los servicios de salud.

5.2.2. Criterios de Programación de Actividades para Institutos (IPRESS III-E) 2025

El Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud remite al Hospital Víctor Larco Herrera los Criterios de Programación de Actividades 2025, con el objetivo de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. Se solicita asignar recursos y brindar las facilidades necesarias para su puesta en marcha, incluyendo el despliegue de estrategias de organización, educación, sostenibilidad, reconocimiento, evaluación y monitoreo. En este sentido, la Oficina de Gestión de la Calidad prioriza las estrategias de intervención orientadas al control y mejoramiento de la calidad, tales como:

- Auditorias de Calidad de atención en Salud.
- Plan de Seguridad del Paciente.
- Proceso de Acreditación.
- Rondas de Seguridad del Paciente.
- Proyectos y/o Acciones de mejora continua.
- Programa de capacitación en Normas y Herramientas de Calidad.
- Medición de la satisfacción del usuario Interno y Externo.
- Coordinación para la implementación de Higiene de Manos en el Hospital Víctor Larco Herrera.

Estas actividades garantizan el cumplimiento de los criterios de programación, así mismo, se suman al presente plan 2025. Las actividades adicionales como la Gestión del Libro de Reclamaciones en Salud, son manejados por la Plataforma de Atención al Usuario en Salud (PAUS), y la revisión de Guías de Práctica Clínica,



Guías de Procedimiento y formatos de Consentimiento Informado son revisadas por los médicos auditores de la Oficina de Gestión de la Calidad.

5.2.3. Capacidad Operativa

a) Recurso Humano de la Oficina de Gestión de la Calidad (Nombrado, CAS y Tercero)

Nº	Profesional	CAP	CAS	276	Tercero	TOTAL
1	Jefe/a de oficina			X		1
2	Médico Auditor		X			1
3	Especialista Administrativo			X		1
4	Técnico Administrativo				X	1
5	Auxiliar Administrativo (Orientadora)				X	1
TOTAL			1	2	2	5

b) Equipamiento

Se cuenta con **dos** ambientes para la Oficina de Gestión de la Calidad en el Pabellón de Consulta Externa Adultos, con un Área total de **56.5 m2**, teniendo un área de **20 m2** para la Plataforma de Atención al Usuario.

- **Mobiliario:** 06 escritorios, 06 sillas.
- **Equipos Tecnológicos:** 4 equipos PCs operativos, 1 equipo PC y 1 laptop que presentan fallas técnicas.

Por reposición: 02 equipos que presentan fallas técnicas.

Para adquisición: 01 Equipo.

5.3. Disposiciones Generales

OE 1: Gestión de procesos para la certificación /acreditación

- Fortalecer competencias en el Proceso de Evaluación Integral de la Calidad para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Desarrollar el Proceso de Acreditación / Certificación Institucional.

OE 2: Cultura de la calidad y mejora continua

- Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad.
- Promover una Cultura por la Mejora Continua de la Calidad.
- Optimizar y Mejorar Procesos Críticos.

OE 3: Gestión de la Satisfacción del usuario externo

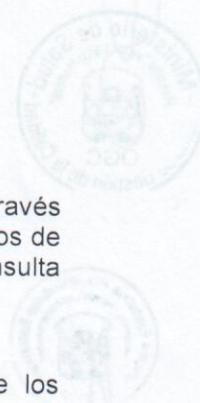
- Fomentar la Promoción y Protección de los Derechos de los Usuarios a través de la retroalimentación de las intervenciones basado en los requerimientos de los Grupos de Interés (Mediciones de la Satisfacción de usuario en consulta externa / hospitalización / emergencia).

OE 4: Gestión de la plataforma de atención al usuario

- Fortalecer competencias en Promoción y Protección del Derecho de los Usuarios de los Servicios de Salud.
- Fortalecer el Sistema de Orientación – Absolución de Reclamos.
- Supervisar la implementación del Proceso de Promoción y Protección del Derecho.
- Fortalecer la imagen institucional de los Órganos Desconcentrados respecto a la Calidad de Atención y el respeto por los Derechos de las personas.

OE 5: Gestión del riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente

- Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del



- Riesgo.
- b) Fortalecer el Sistema de Registro – Notificación – Análisis y Mejora del Incidente, Evento Adverso y Análisis de Eventos Centinelas para la Seguridad del paciente.
 - c) Implementar el Proceso de Aprendizaje del error.
 - d) Promover una cultura basada en el aprendizaje del error – Cultura de Seguridad.

OE 6: Gestión de la Información Sanitaria

- a) Fortalecer el Sistema de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.
- b) Fortalecer la implementación de prácticas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud basadas en evidencia.

5.4. Disposiciones Específicas

Para el cumplimiento e implementación de los objetivos, se han planteado los siguientes indicadores:

5.4.1. OE 1: Gestión de procesos para la certificación /acreditación

- **IND 1:** Evaluadores internos capacitados en la Norma Técnica de Salud: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- **IND 2:** Autoevaluación para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo vigente.
- **IND 3:** Seguimiento al Plan de Mejora post Autoevaluación.

5.4.2. OE 2: Cultura de la calidad y mejora continua

- **IND 4:** Personal de Salud que conforman los Equipos de Mejora capacitados en Proyectos de Mejora Continua de la Calidad.
- **IND 5:** Proyecto de Mejora Continua implementado.
- **IND 6:** Acciones de Mejora orientados a mejorar procesos críticos.

5.4.3. OE 3: Gestión de la Satisfacción del usuario externo

- **IND 07:** Satisfacción de Usuarios Externos.
- **IND 08:** Acciones de mejora Implementados en base a los resultados de la encuesta de satisfacción del usuario externo aplicado mediante la metodología de SERVQUAL - Modificado.

5.4.4. OE 4: Gestión de la Plataforma de atención al usuario

- **IND 09:** Personal administrativo y asistencial de la Unidad Ejecutora capacitado en Humanización de la Atención y Difusión de normatividad en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas.
- **IND 10:** Libro de Reclamaciones implementado y funcionando.
- **IND 11:** Autoevaluación de los criterios normativos del Libro de Reclamaciones y Plataforma de Atención al Usuario en Salud.
- **IND 12:** Difusión de los Derechos de las Personas Usuarias de los servicios de salud.

5.4.5. OE 5: Gestión del riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente

- **IND 13:** Jefaturas de Departamento y Servicio con equipos capacitados en Rondas de Seguridad del Paciente y en Notificación de Eventos Adversos y Análisis de Eventos Centinelas.
- **IND 14:** Jefaturas de Departamento y Servicio con equipos capacitados en Auditoria de la Calidad de Atención en Salud.
- **IND 15:** Rondas de Seguridad Ejecutadas.



- **IND 16:** Eventos Adversos notificados y Eventos Centinela analizados.
- **IND 17:** Acciones de Mejora post ronda implementadas (Gestión del Riesgo y las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente).
- **IND 18:** Ejecución del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- **IND 19:** N.º de Guías de Práctica Clínica oficializadas con RD x UPSS.
- **IND 20:** N.º de Fichas de Verificación de Guías de Práctica Clínica x UPSS.
- **IND 21:** Adherencia a guías de práctica clínica por UPSS (%).

5.4.6. OE 6: Gestión de la información sanitaria.

- **IND 22:** Personal de Salud integrante del Equipo de Prevención y Control Integral de IAAS/IIH entrenados en la prevención y control Integral de las IAAS para la Calidad de Atención.
- **IND 23:** Personal de Salud cumple con requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.

VI. RESPONSABILIDADES

La Oficina de Gestión de la Calidad es responsable del seguimiento, evaluación del plan y reportar su cumplimiento a la Dirección General, el apoyo administrativo y financiero estará a cargo de la Dirección General del hospital.

VII. ANEXO

Anexo 1: Matriz de Programación de Actividades de la Oficina de Gestión de la Calidad-2025.



ANEXO N° 1. MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD-2025.

EJE 1: GESTION DE PROCESOS PARA LA CERTIFICACION / ACREDITACION											
OBJETIVOS ESTRATEGICOS	INDICADOR TRAZADOR	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN	META DE CUMPLIMIENTO	META DE IMPACTO	PERIODICIDAD DE REPORTE	RESPONSABLE	PROGRAMACIÓN 2025			
								I	II	III	IV
1.1. Fortalecer competencias en el Proceso de Evaluación Integral de la Calidad para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo	IND 1: Evaluadores y acreditadores Internos capacitados en la Norma Técnica de Salud: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo	Actividad de capacitación referente a la Norma Técnica de Salud: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.	Informe sobre las capacitaciones realizadas a los equipos de evaluadores internos. Listado de Evaluadores Internos designados con Resolución Directoral.	Un (01) Informe de capacitación	100% de Evaluadores Internos capacitados	ANUAL	Dirección / Oficina de Gestión de la Calidad		X		
1.2. Desarrollar el Proceso de Acreditación / Certificación Institucional	IND 2: Autoevaluación para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo vigente	Cumplimiento del Proceso de Autoevaluación según la Norma Técnica de Salud: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.	Informe de Ejecución del Plan de Autoevaluación	Un (01) Informe de Autoevaluación.	≥ 85% en el resultado de la autoevaluación o Incremento ≥ al 5% en el resultado de la autoevaluación, respecto a la última realizada. Redes de Salud: Incremento ≥ al 5% en promedio de la última autoevaluación realizada.	ANUAL	Dirección / Calidad / Jefaturas de Departamento - Oficinas Administrativas				X
	IND 3: Seguimiento al Plan de Mejora post Autoevaluación.	Implementación de las mejoras en base a la Autoevaluación realizada. Informe que señale la implementación de las mejoras en base a la Autoevaluación realizada	Informe de Seguimiento al Plan de Mejora a partir de la Autoevaluación año anterior (2023)	Un (01) Informe de Seguimiento	≥ 50% de implementación del mejoras elaborado a partir de la última Autoevaluación.	ANUAL	Dirección / Calidad / Jefaturas de Departamento - Oficinas Administrativas			X	



EJE 2 : CULTURA DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA											
OBJETIVOS ESTRATEGICOS	INDICADOR TRAZADOR	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN	META DE CUMPLIMIENTO	META DE IMPACTO	PERIODICIDAD DE REPORTE	RESPONSABLE	PROGRAMACIÓN 2025			
								I	II	III	IV
2.1 Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad	IND 4: Personal de Salud que conforman los Equipos de Mejora capacitados en Proyectos de Mejora Continua de la Calidad.	Actividades de capacitación dirigida al personal que conforma el Equipo de Mejora.	Informe sobre capacitación en proyectos de mejora continua de la calidad.	Un (01) Informe sobre capacitación	≥ 70% personal capacitados en Proyecto de Mejora Continua	ANUAL	Dirección / Calidad		X		
2.2.Promover una Cultura por la Mejora Continua de la Calidad	IND 5: Proyecto de Mejora Continua implementado.	Proyectos de Mejora continua elaborado que cumple las etapas y procesos según la normatividad vigente. Clasificación de Proyectos de Mejora según su etapa de desarrollo.	Informe de avance del proyecto de mejora continua de la Calidad	Dos (02) Informes	≥ 01 Proyecto de Mejora Continua en Etapa de Seguimiento y Ejecución	SEMESTRAL	Jefaturas de Departamento y Servicio / Jefaturas Administrativas / Calidad		X		X
2.3.Optimizar y Mejorar Procesos Críticos (Desarrollo de Acciones de Mejora Continua de la Calidad)	IND 6: Acciones de Mejora orientados a mejorar procesos críticos.	Procesos Críticos: <ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de Espera en Consulta Externa • Reclamos más frecuentes • Riesgos en la Atención en salud • Observaciones Identificadas por SUSALUD. • Observaciones en la Autoevaluación para la acreditación. 	Informe sobre Proyecto de Mejora de Proceso Crítico.	Un (01) Informe sobre proyecto institucionalizado	≥ 01 Acciones de Mejora continua orientados a Proceso Crítico, en Etapa de Estandarización e Institucionalización durante el 2019.	ANUAL	Dirección / Jefaturas de Departamento - Oficinas Administrativas / Calidad				X



EJE 3: GESTION DE LA SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO											
OBJETIVOS ESTRATEGICOS	INDICADOR TRAZADOR	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN	META DE CUMPLIMIENTO	META DE IMPACTO	PERIODICIDAD DE REPORTE	RESPONSABLE	PROGRAMACIÓN 2025			
								I	II	III	IV
3.1 Fomentar la Promoción y Protección de los Derechos de los Usuarios a través de la retroalimentación de las intervenciones basado en los requerimientos de los Grupos de Interés (Mediciones de la Satisfacción)	IND 07: Satisfacción de Usuarios Externos	Medición del grado de satisfacción del usuario externo mediante la aplicación de encuestas SERVQUAL - Modificado, procesamiento y reporte con el aplicativo (formato Excel), en consulta externa (Encuesta virtual) y emergencia, en establecimientos de salud con categoría I-3 al III-2.	Informe sobre los resultados de la medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa/emergencia, en las IPRESS	Un (01) Informe de Encuesta de Satisfacción del Usuario	Incremento \geq al 5%, respecto a la última medición de satisfacción del usuario externo.	ANUAL	Oficina de Calidad			X	
	IND 08: Acciones de mejora implementados en base a los resultados de la encuesta de satisfacción del usuario externo aplicado mediante la metodología de SERVQUAL - Modificado.	Informe de Encuesta de Satisfacción del Usuario	Informe sobre las acciones de mejora implementado en base a los resultados de la encuesta de satisfacción del usuario externo aplicado mediante la metodología de SERVQUAL - Modificado.	Un (01) Informe sobre las acciones de mejora implementados en base a los resultados de la encuesta de satisfacción del año anterior.	\geq 80% de las acciones de mejora se han implementado en los plazos establecidos.	ANUAL	Dirección / Jefaturas de Departamento y Servicio / Jefaturas Administrativas Calidad		X		



EJE 4: GESTIÓN DE LA PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO											
OBJETIVOS ESTRATEGICOS	INDICADOR TRAZADOR	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN	META DE CUMPLIMIENTO	META DE IMPACTO	PERIODICIDAD DE REPORTE	RESPONSABLE	PROGRAMACIÓN 2025			
								I	II	III	IV
4.1. Fortalecer competencias en Promoción y Protección del Derecho de los Usuarios de los Servicios de Salud	IND 09: Personal administrativo y asistencial de la Unidad Ejecutora capacitado en Humanización de la Atención. Difusión de normatividad en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas.	Personal administrativo y asistencial de la Unidad Ejecutora entrenado en Humanización de la Atención. Difusión y socialización de documentos técnicos en el marco de Gestión de calidad y derechos de las personas.	Informe sobre capacitación en Humanización de la Atención e Informe de difusión y socialización de documentos técnicos.	Dos (02) Informes: de capacitación y de Difusión de normatividad en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas	≥ 50% de Personal administrativo y asistencial capacitados en Humanización de la Atención y Jefaturas socializadas en normatividad en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas.	SEMESTRAL	PAUS / Calidad		X		X
4.2 Fortalecer el Sistema de Orientación - Absolución de Reclamos	IND. 10: Libro de Reclamaciones implementado y funcionando (En físico y virtual, Pag. web)	Lbro de Reclamaciones para el registro de reclamos de los usuarios externos de las IPRESS.	Reporte consolidado de reclamos del Libro de Reclamaciones de la IPRESS.	Cuatro (04) reportes de reclamos registrados y reclamos resueltos	≥ 80% de los reclamos se resuelven en los plazos establecidos	TRIMESTRAL	PAUS / Calidad	X	X	X	X
4.3. Supervisar la Implementación del Proceso de Promoción y Protección del Derecho	IND 11: Autoevaluación de los criterios normativos del Libro de Reclamaciones y Plataforma de Atención al Usuario en Salud	Autoevaluación de los criterios utilizados por SUSALUD para supervisar el Libro de Reclamaciones y de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud	Informe de autoevaluación de los Criterios normativos del Libro de Reclamaciones y de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud	Cuatro (04) Informes de Autoevaluación de cumplimiento normativo	100% de los criterios normativos de autoevaluación implementados	TRIMESTRAL	PAUS / Calidad	X	X	X	X
4.4 Fortalecer la Imagen Institucional de los ODD respecto a la Calidad de Atención y el respeto por los Derechos de las Personas	IND 12: Difusión de los Derechos de las Personas Usuarias de los servicios de salud	Material comunicacional y metodologías participativas sobre los Derechos de las Personas usuarias de los servicios de salud.	Material de difusión de los Derechos de las Personas usuarias de los servicios de salud, elaborado con enfoque intercultural y difundido	Dos (02) informes de la campaña de difusión de los Derechos de las Personas usuarias de los servicios de salud,	≥ 200 personas acceden a la difusión de los Derechos de las Personas usuarias de los servicios de salud,	SEMESTRAL	PAUS		X		X



EJE 5: GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	INDICADOR TRAZADOR	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACION	META DE CUMPLIMIENTO	META DE IMPACTO	PERIODICIDAD DE REPORTE	RESPONSABLE	PROGRAMACION 2025			
								I	II	III	IV
5.1. Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo	IND 13: Jefaturas de Departamento y Servicio con equipos capacitados en Rondas de Seguridad del Paciente y en Notificación de Eventos Adversos y Análisis de eventos centinelas.	Actividades de capacitación dirigida a las jefaturas de departamento y servicio referente a las Rondas de Seguridad del Paciente, Notificación de Eventos Adversos y Análisis de Eventos Centinelas.	Informe de capacitación en Rondas de Seguridad, Notificación de Eventos Adversos y Análisis de Eventos Centinelas. Listado de Jefaturas Administrativas y Asistenciales de la IPRESS.	Un (01) Informe de capacitación	≥ 80% de Jefaturas Administrativas y Asistenciales capacitados en Rondas de Seguridad, Notificación de Eventos Adversos y Análisis de Eventos Centinelas.	ANUAL	Oficina de Gestión de la Calidad		X		
	IND 14: Jefaturas de Departamento y Servicio con equipos capacitados en Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	Actividades de capacitación dirigida a las jefaturas de departamento y servicio referente a Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	Informe de capacitación en Auditoría de la Calidad de Atención en Salud. Listado de Jefaturas Administrativas y Asistenciales de la IPRESS.	Un (01) Informe de capacitación	≥ 80% de Jefaturas Administrativas y Asistenciales capacitados en Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	ANUAL	Oficina de Gestión de la Calidad		X		
5.2. Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación - Análisis y Mejora del Incidente, Evento Adverso y Análisis de Eventos Centinelas para la Seguridad del paciente.	IND 15: Rondas de Seguridad Ejecutadas	Rondas de Seguridad del Paciente, es una herramienta de calidad, que permite evaluar la ejecución de las Buenas prácticas de la atención en salud.	Informe Trimestral de Rondas de Seguridad Ejecutadas	Cuatro (04) Informes de Ejecución de Rondas de Seguridad	≥ 90% de Rondas de Seguridad ejecutadas en la Institución Prestadora de Servicio de Salud	TRIMESTRAL	Equipo Seguridad del paciente / Calidad	X	X	X	X
	IND 16: Eventos Adversos notificados y Eventos Centinela analizados	Se refiere a la aplicación de la Directiva de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas. Aplicación de Protocolo de actuación frente a la ocurrencia de un Evento Centinela que incluye los procesos de: análisis, comunicación interna y emisión de alertas de seguridad y definición del plan de acción.	Fichas de Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas de cada UPSS o Servicios, Matriz de Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas de la IPRESS.	Cuatro (04) Informes de Notificación de Eventos Adversos y Eventos Centinela analizados.	Consolidado de Eventos Adversos notificados y Eventos Centinela analizados.	TRIMESTRAL	Jefaturas de Departamento y Servicio / Calidad	X	X	X	X
5.3 Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error	IND 17: Acciones de Mejora post ronda Implementadas (Gestión del Riesgo y las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente)	Elaboración del plan de acción para las prácticas inseguras encontradas en la Ronda de Seguridad del Paciente	Informe Semestral de Cumplimiento de Acciones de Mejora Post Ronda. Reporte de acciones orientadas a gestionar y mitigar los riesgos durante la atención de salud identificadas durante las Rondas de Seguridad.	Dos (02) Informes de acciones orientadas a gestionar y mitigar los riesgos durante la atención de salud (Post ronda)	≥ 90% de las Acciones de Mejora Post Ronda se encuentran Implementadas en los plazos establecidos.	SEMESTRAL	Calidad / Jefaturas de Departamento - Oficinas Administrativas		X		X
	IND 18: Ejecución del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	Se refiere a la ejecución del plan anual de auditoría de la calidad, así como el seguimiento a la implementación de las recomendaciones.	Informes Trimestral de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud que contenga: Avances del Plan anual de auditoría de la Calidad.	Cuatro (04) Informes de Ejecución del Plan Anual de Auditoría	≥ 90% del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud Ejecutada	TRIMESTRAL	Comités de Auditoría / Jefaturas de Departamento y Servicios / Calidad	X	X	X	X
5.4 Promover una Cultura basada en el aprendizaje del error - Cultura de Seguridad	IND 19: N° de Guías de Práctica Clínica oficializadas con RD x UPSS.	Evaluación de la adherencia a las guías de práctica clínica de áreas y procedimientos prioritizadas.	Reporte del listado de las Guías de Práctica Clínica por UPSS, oficializadas con RD.	Un (01) Reporte del Listado de GPC oficializadas con RD x UPSS.	≥ 01 Guía de Práctica Clínica por UPSS aprobadas con RD.	ANUAL	Dirección / Jefaturas de Departamento y Servicio			X	
	IND 20: N° de Fichas de Verificación de Guías de Práctica Clínica x UPSS.		Reporte del listado de Fichas de Verificación de las GPC por UPSS (solo de las GPC oficializadas).	Un (01) Reporte del Listado de Fichas de Verificación de GPC x UPSS.	≥ 10 Fichas de Verificación de Guías de Práctica Clínica por UPSS.	ANUAL	Dirección / Jefaturas de Departamento y Servicio			X	
	IND 21: Adherencia a guías de práctica clínica por UPSS (%)		Informe de adherencia al uso de guías de práctica clínica por UPSS.	Un (01) Informe de evaluación de la Adherencia	≥ 50 % de adherencia al uso de GPC x UPSS	ANUAL	Jefaturas de Departamento y Servicio / Calidad				



EJE 6: GESTION DE LA INFORMACION SANITARIA											
OBJETIVOS ESTRATEGICOS	INDICADOR TRAZADOR	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN	META DE CUMPLIMIENTO	META DE IMPACTO	PERIODICIDAD DE REPORTE	RESPONSABLE	PROGRAMACIÓN 2025			
								I	II	III	IV
6.1 Fortalecer el Sistema de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud	IND 22: Personal de Salud integrante del Equipo de Prevención y control Integral de IAAS/IIH entrenados en la prevención y control Integral de las IAAS para la Calidad de Atención	Fortalecer competencias en los Procesos de Prevención y Control de las IAAS mediante actividades de capacitación referente a las Normas Técnicas de Salud: Prevención y Control de IAAS/ IIH vigentes.	Informe sobre las capacitaciones realizadas a los equipos de prevención y control internos. Listado del Personal del Equipo de Prevención y control Integral de IAAS/IIH	Un (01) Informe de capacitación	≥ 90% de Personal de Salud integrante del Equipo de Prevención y control Integral de IAAS/IIH capacitados	ANUAL	Comité de IAAS-IIIH/ Epidemiología				X
6.2 Fortalecer la Implementación de prácticas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud basadas en evidencia.	IND 23: Personal de Salud cumple con requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	Fortalecimiento de la práctica de higiene de manos en los establecimientos de salud	Informe con los resultados del monitoreo, evaluación y supervisión de la "Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud"	Un (01) Informe de monitoreo, evaluación y supervisión	≥ 80% de cumplimiento de los criterios de la "Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud"	TRIMESTRAL	Comité de IAAS-IIIH/ Epidemiología	X	X	X	X

