



PLAN ANUAL DE LA UNIDAD DE GESTIÓN
DE LA CALIDAD
HOSPITAL SAN JOSÉ DEL CALLAO
2025

A la chalaca se trabaja bien y con alegría

ÍNDICE

I.	INTRODUCCION	3
II.	FINALIDAD	4
III.	OBJETIVOS	4
IV.	BASE LEGAL	5
V.	AMBITO DE APLICACIÓN.....	7
VI.	CONTENIDO	7
VII.	RESPONSABILIDADES.....	17
VIII.	ANEXOS	17

I. INTRODUCCION

En el marco de los Documentos Técnicos "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" y "Política Nacional de Calidad en Salud", los enfoques de calidad han experimentado una evolución significativa. Actualmente, estos no se limitan exclusivamente a los servicios asistenciales de salud ni a la satisfacción del usuario, sino que se han consolidado como componentes esenciales dentro de un Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

En este contexto, el Ministerio de Salud, en su rol de ente rector, busca consolidar un Sistema Nacional de Salud moderno, eficiente, efectivo y centrado en la dignidad humana. Para ello, resulta imperativo el desarrollo e implementación progresiva del "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", con el objetivo de fortalecer y optimizar la calidad en la prestación de servicios de salud en el Hospital San José del Callao.

Desde el año anterior, la Unidad de Gestión de la Calidad (UGC) del Hospital San José del Callao ha establecido como objetivo prioritario la implementación gradual de un sistema integral de gestión de calidad en la institución. Este proceso constituye un desafío de gran magnitud, que se materializará mediante acciones planificadas a corto, mediano y largo plazo. En la fase inicial, el enfoque se centra en la optimización de la calidad en la prestación de servicios de salud, lo que implica la evaluación rigurosa de estrategias, metodologías e instrumentos orientados a la obtención de resultados, bajo un modelo de gestión por procesos. Como meta estratégica a mediano plazo, se proyecta la obtención de la Acreditación hospitalaria, lo que demanda la garantía de una atención de calidad excepcional, caracterizada por su oportunidad, integralidad, seguridad y enfoque humanizado.

El Plan Anual 2025 de la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital San José del Callao se configura como una herramienta estratégica fundamental para la mejora continua de la calidad en la atención en salud. Este plan no solo tiene el propósito de asegurar el cumplimiento de los estándares regulatorios vigentes, sino también de fortalecer la confianza del paciente y garantizar la sostenibilidad

a largo plazo de los servicios de salud, promoviendo la excelencia en la atención y el trato humanizado.

Cabe destacar que las actividades contempladas en este documento están alineadas con los Criterios de Programación de Actividades 2025 para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. Estos criterios, a su vez, están en estricto cumplimiento con las directrices establecidas por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud del MINSA, dirigidas a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

II. FINALIDAD

Fortalecer el Sistema de Gestión de la Calidad en nuestra institución, impulsando la excelencia y una cultura de mejora continua en la atención en salud. Este enfoque integral abarca los procesos asistenciales y administrativos, garantizando eficiencia y solidez en nuestros servicios.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Optimizar el Sistema de Gestión de la Calidad en nuestra institución, conforme a los criterios de programación EESS 2025 del MINSA y los objetivos estratégicos institucionales, promoviendo la excelencia, la mejora continua y la eficiencia en los procesos asistenciales y administrativos.

3.2 Objetivos Específicos

OE1: Gestionar la disminución de los riesgos de la atención en salud.

OE2: Promover la capacitación y sensibilización del personal en los conceptos y herramientas de la calidad.

OE3: Mejorar los estándares de atención en salud en nuestra institución

OE4: Fortalecer la planificación del hospital para el desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad.

OE5: Fortalecer la información para mejorar la Calidad en Salud

 GOBIERNO REGIONAL CALLAO	Plan Anual de la Unidad de Gestión de la Calidad		CÓD.: Plan UGC-2025-O/1.0		
			REV.: 01	PÁG.: 5/22	
			FECHA APROBACIÓN:		

IV. 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° 30224, Ley que crea el Sistema Nacional para la Calidad y el Instituto Nacional de Calidad.
- Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
- Resolución Ministerial N°753-2004/MINSA, que aprueba la “Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias”.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, 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° 456-2007/MINSA, que aprueba la “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo V.02”.
- Resolución Ministerial N° 523-2007/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Política Nacional de Calidad en Salud”.
- Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica del evaluador para la Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica de implementación de la lista de verificación de seguridad en la cirugía”.
- Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA, que aprueba la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía”.

- Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021- MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud “Categorías de los establecimientos del Sector 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 para la elaboración de proyectos de mejora y las herramientas y técnicas para la gestión de la calidad”.
- Resolución Ministerial N° 099-2014/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa 197-MINSA/DGSP-V.01, “Directiva Administrativa que establece la Cartera de Servicios de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, Documento Técnico Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.
- Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, que aprueba la NTS N°117-MINSA/DGSP- V.01, “NTS para la elaboración y uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud”.
- Resolución Ministerial N°414-2015/MINSA, que aprueba el “Documento Técnico: Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica”.
- Resolución Ministerial N° 255 -2016/MINSA, Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud.
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA “que aprueba la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud V 0.2”, 2da. Versión.
- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, que aprueba la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: “Norma Técnica para la Gestión de la Historia Clínica”.
- Resolución Ministerial N°163-2020/MINSA, que aprueba la “Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención”.

 GOBIERNO REGIONAL CALLAO	Plan Anual de la Unidad de Gestión de la Calidad		CÓD.: Plan UGC-2025-O/1.0		
			REV.: 01	PÁG.:	7/22
			FECHA APROBACIÓN:		

V. AMBITO DE APLICACIÓN

El alcance del presente Plan Anual de la Unidad de Gestión de la Calidad 2025, es de cumplimiento obligatorio en todas las unidades orgánicas y funcionales del Hospital San José del Callao, abarcando todos los servicios de salud ofrecidos a los usuarios.

VI. CONTENIDO

6.1 Definiciones Operativas

6.1.1 Definición de Líneas Estratégicas

- a. **Acreditación:** La Acreditación de establecimientos de salud (EESS) es un proceso de evaluación periódica, con la finalidad de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de la atención y el desarrollo armónico de los servicios de un EESS; está basada en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores clave de la atención de la salud; y se enfoca en la evaluación de algunos elementos de estructura, de una amplia gama de procesos y algunos de resultados. Su finalidad es garantizar a los usuarios, que los establecimientos acreditados cuentan con recursos y la capacidad para optimizar la calidad de atención, mitigando las fallas atribuibles a los servicios de salud.
- b. **Auditoria:** Auditoria de la Calidad de Atención en salud es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad en salud. Implica la realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos 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; y la adopción de medidas tendientes

a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos.

- c. Investigación Operativa:** según la OMS, es el uso de técnicas sistemáticas de investigación para la toma de decisiones relacionadas con un programa con el fin de conseguir resultados específicos. La investigación operativa proporciona a responsables políticos y gestores pruebas que pueden utilizar para mejorar las operaciones del programa.
- d. Calidad de la atención:** Conjunto de actividades realizadas por los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo durante el proceso de atención, tanto desde una perspectiva técnica como humana, con el fin de lograr los efectos deseados tanto por los proveedores como por los usuarios. Estos efectos deseados se refieren a la seguridad, eficacia, eficiencia y satisfacción del usuario.
- e. Cultura de Seguridad:** Conjunto de valores y normas compartidos por los individuos dentro de una organización, que implica un modelo mental común que posiciona la seguridad como un objetivo prioritario.
- f. Cultura Organizacional Centrada en el paciente:** Se refiere a un conjunto de valores, normas y prácticas dentro de una institución de salud que prioriza el bienestar y la seguridad del paciente en todas las decisiones y acciones. Los miembros de la institución están comprometidos con proporcionar una atención de alta calidad, segura, efectiva y centrada en las necesidades de cada paciente.
- g. Gestión de la calidad:** Componente de la gestión institucional que determina y aplica la política de calidad, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión de la calidad. Estas actividades se llevan a cabo a través de la planificación, garantía y mejora de la calidad.
- h. Evento Adverso:** Daño, lesión o resultado no deseado en la salud del paciente como consecuencia de problemas en la práctica, productos o procedimientos, en lugar de la enfermedad subyacente del paciente.

- i. **Higiene de manos:** Medida adoptada para la limpieza de manos con el objetivo de prevenir la transmisión de microorganismos y garantizar la seguridad del paciente.
- j. **Incidente:** Suceso que tiene el potencial de provocar daño o complicaciones en otras circunstancias, o que podría favorecer la aparición de un evento adverso.
- k. **Instrumentos de calidad:** Mecanismos tangibles utilizados para alcanzar los objetivos del Sistema de Gestión de Calidad, como encuestas de satisfacción del usuario, formularios para la autoevaluación y matrices para el análisis de resultados y la elaboración de proyectos de mejora continua.
- l. **Mejora Continua:** 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.
- m. **Rondas de Seguridad del Paciente:** Herramienta de calidad recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, que consiste en visitas programadas a servicios seleccionados al azar en una institución de salud.

El objetivo es identificar prácticas inseguras durante la atención médica y establecer contacto directo con pacientes, familiares y personal de salud de manera educativa y no punitiva.
- n. **Satisfacción del usuario externo:** Grado de cumplimiento en que la organización de salud cumple con las expectativas y percepciones del usuario en relación con los servicios ofrecidos.
- o. **Seguridad del paciente:** Ausencia de riesgo o daño potencial asociado con la atención médica, basada en elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías científicamente probadas para minimizar el riesgo de eventos adversos o mitigar sus consecuencias.
- p. **Sistema de gestión de la calidad en salud:** Conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular,

brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud en lo referente a la calidad de atención y gestión.

- q. Sistema de Notificación de Eventos Adversos:** Sistema de reporte que permite la identificación de eventos adversos e incidentes durante la atención médica, con el fin de analizar en profundidad los factores que contribuyen a su ocurrencia.
- r. Usuario externo:** Persona que busca atención médica de calidad de forma continua en un establecimiento de salud, en el contexto de su familia y comunidad.
- s. Unidad de Gestión de la calidad:** Es el órgano de asesoramiento, encargado de implementar el sistema de gestión de la calidad en el hospital para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa del paciente, con la participación del personal.

6.1.2 Políticas Nacionales de Calidad de la Atención de Salud.

El documento técnico sobre el SGC contiene 12 políticas nacionales de calidad en Salud, de las cuales 6 están directamente relacionadas con las organizaciones proveedoras de atención de salud y sus establecimientos; las cuales se detallan en el cuadro adjunto:

POLITICA	OBJETIVO	ESTRATEGIAS
<p>SEXTA Las organizaciones proveedoras de atención de salud, establecen y dirigen las estrategias de implementación de la política nacional de calidad, mediante sistemas y procesos organizacionales orientados al desarrollo de una cultura centrada en las personas y que hace de la mejora continua su tarea central.</p>	<p>Garantizar la adecuada implementación de las políticas nacionales de calidad</p>	<p>Implementación de un sistema de Gestión de Calidad de la Atención de Salud.</p>
<p>SEPTIMA Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los EESS y servicios médicos de apoyo bajo su administración cumplan las normas y estándares de infraestructura, de equipamiento, de aprovisionamiento de insumos, de procesos y resultados de la atención; aprobados por la Autoridad Sanitaria e implementen acciones de mejora de la calidad de atención.</p>	<p>Mejorar la calidad de atención de salud de manera sistemática y permanente</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Acreditación de EESS y servicios médicos de apoyo b. Implementación de planes, programas y procesos de mejora de la calidad de la atención en los EESS y servicios médicos de apoyo.

<p>OCTAVA Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los EESS y servicios médicos de apoyo bajo su administración implementen mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud.</p>	<p>Reducir la ocurrencia de eventos adversos durante el proceso de atención de salud y atenuar sus efectos</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Implementación de mecanismos de información sobre la ocurrencia de incidentes y eventos adversos. b. Implementación de planes de seguridad para la gestión de la reducción y mitigación de los riesgos derivados de la atención.
<p>NOVENA Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los EESS y servicios médicos de apoyo bajo su administración protejan los derechos de los usuarios, promuevan y velen por un trato digno. Asimismo, fomenten prácticas de atención adecuadas a los enfoques de interculturalidad y género y brinden las facilidades para el ejercicio de la vigilancia ciudadana de la atención de salud.</p>	<p>Garantizar el pleno ejercicio del derecho a la salud de los usuarios con enfoque de interculturalidad y género.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Implementación de instancias y mecanismos de protección de los derechos de los usuarios. b. Promoción de prácticas de atención orientadas por los enfoques de interculturalidad y género. c. Implementación de mecanismos para el acceso a la información de la atención brindada a los usuarios.
<p>DECIMA Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los EESS y servicios médicos de apoyo bajo su administración garanticen las competencias laborales de los trabajadores que proveen la atención, brinden adecuadas condiciones de trabajo y protección frente a los riesgos laborales e incentiven a sus trabajadores en relación a la mejora de la calidad de la atención.</p>	<p>Garantizar la competencia y seguridad y motivación del personal de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Evaluación del desempeño laboral de los trabajadores. b. Implementación de planes y programas de desarrollo de competencias laborales. c. Supervisión de la implementación de normas para la prevención de riesgos ocupacionales derivados de la atención. d. Implementación de programas de incentivos individuales y colectivos, relacionados a la mejora de la calidad.
<p>UNDECIMA Las organizaciones proveedoras de atención de salud asignan a los EESS y servicios medios de apoyo bajo su administración, los recursos necesarios para la gestión de la calidad de la atención de salud.</p>	<p>Asegurar los recursos necesarios para la gestión de la calidad de la atención en los EESS y servicios médicos de apoyo.</p>	<p>Consignación de los recursos destinados a la gestión de la calidad de atención, en cada organización proveedora de atención de salud, en el respectivo presupuesto, de acuerdo a la normativa que les es pertinente.</p>

 GOBIERNO REGIONAL CALLAO	Plan Anual de la Unidad de Gestión de la Calidad		CÓD.: Plan UGC-2025-O/1.0		
			REV.: 01	PÁG.: 12/22	
			FECHA APROBACIÓN:		

6.1.3 Políticas del Sistema de Gestión de la Calidad.

De acuerdo con el documento técnico del Ministerio de Salud sobre el SGC, las políticas que orientan la gestión de la calidad son las siguientes:

- a. Con relación a las personas.
 - Provisión de servicios de salud: seguros, oportunos, accesibles y equitativos.
 - Calidad con enfoque de interculturalidad y de género.
 - Búsqueda de la satisfacción de los usuarios.
 - Acceso a los mecanismos de atención al usuario.
- b. Con relación a los trabajadores
 - Cultura ética de la calidad.
 - Trabajo en equipo.
 - Círculos de calidad.
- c. Con relación a las unidades prestadoras de salud
 - Ejercer la rectoría del Ministerio de Salud.
 - Gestión de recursos para la calidad en salud.
 - Regulación complementaria en los niveles regionales
 - Evaluación del proceso de atención de salud.
- d. Con relación a la sociedad.
 - Participación social para la calidad en salud
 - Involucramiento comunitario para la calidad en salud.
 - Veeduría ciudadana de calidad en salud.
- e. Con relación al estado:
 - Calidad como política de estado.

6.1.4 Funciones de los EESS para la implementación del SGC.

- a. Implementar la normatividad vigente del Sistema de Gestión de la Calidad del establecimiento.

- b. Propiciar la conformación de comités especializados en temas de calidad y equipos de mejora en el establecimiento de salud según corresponda.
- c. Difundir y brindar asesoría técnica para la aplicación de metodologías de acreditación, auditoría en salud, medición de la satisfacción del usuario y otras para la garantía y mejoramiento de la calidad.
- d. Elaborar/brindar asesoría técnica en la elaboración de estudios de investigación y proyectos para la mejora de la calidad.
- e. Monitorear y evaluar estándares e indicadores de la calidad en el establecimiento.
- f. Difundir, supervisar y evaluar el cumplimiento de la norma técnica de auditoría.
- g. Realizar el proceso de autoevaluación, primera fase de la acreditación de establecimientos de salud
- h. Diseñar e implementar planes de mejoramiento continuo para mejorar el desempeño institucional y propender por la calidad de los servicios.

6.2 Siglas / Acrónimos

- SGC: Sistema de Gestión de la Calidad.
- EESS: Establecimiento de salud.
- MINSA: Ministerio de Salud.
- HSJ: Hospital San José del Callao.
- DIRESA: Dirección Regional de Salud.

6.3 Análisis de la Situación Actual.

6.3.1. Organización del Sistema de Gestión de la Calidad

La implementación del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) en los hospitales del Ministerio de Salud (MINSA) del Perú se encuentra en una etapa de desarrollo y consolidación. Desde la propuesta inicial del mapa de procesos estratégicos, operativos y de apoyo en 2010, se han realizado esfuerzos significativos para mejorar la calidad de la atención sanitaria. No obstante, varios desafíos persisten y requieren

atención para asegurar una implementación efectiva y sostenible del SGC.

Avances y Logros

Establecimiento Normativo: La creación de la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en 2017, mediante la R.M. N° 896-2017/MINSA, representa un hito importante. Esta unidad se concibió como un ente técnico central destinado a dirigir y coordinar las iniciativas de calidad en salud.

Capacitación y Sensibilización: Se han llevado a cabo programas de capacitación y sensibilización para el personal de salud en torno a los principios y prácticas de gestión de la calidad, promoviendo una cultura de mejora continua.

Estandarización de Procesos: Se han desarrollado y adoptado guías y protocolos estandarizados para diversos procedimientos clínicos y administrativos, lo que contribuye a la uniformidad y eficiencia en la prestación de servicios.

Desafíos Persistentes

Dispersión de Funciones: A pesar de la creación de la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad a nivel central, las funciones relacionadas con la gestión de la calidad están disgregadas entre varios órganos del MINSA. Esto dificulta una coordinación efectiva y genera duplicidades y lagunas en la implementación de políticas y procedimientos.

Falta de Documentación Específica: No existe un documento normativo que defina de manera específica y detallada cómo deben desarrollarse los procesos y procedimientos dentro de una Unidad de Gestión de la Calidad. Esta falta de directrices claras puede conducir a inconsistencias y variabilidad en la implementación del SGC.

Recursos Insuficientes: La implementación efectiva del SGC requiere recursos financieros, tecnológicos y humanos adecuados. Muchos hospitales enfrentan limitaciones en estos aspectos, lo que dificulta la plena adopción de las prácticas de gestión de la calidad.

El Hospital San José del Callao, como parte de los hospitales del Ministerio de Salud, enfrenta estos desafíos importantes en la implementación de un sistema de gestión de la calidad en salud. En este sentido, el Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud, remite el Oficio Múltiple N° 034-2025-/GRC/DIRESA/DG/DESP/DACS/UCS, a nuestro EESS, con los Criterios de Programación de actividades 2025 para la implementación de los componentes del Sistema de Gestión de la Calidad en salud (organización, planificación, garantía y mejora de la calidad e información para la calidad). Asimismo, solicitan asignar recursos y brindar facilidades para su implementación, entre ellas el despliegue de estrategias de organización, educación, de sostenibilidad, de reconocimiento, de evaluación y monitoreo.

En tal razón, la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital San José del Callao, en coordinación con las unidades orgánicas, Comités y equipos técnicos, conformados para trabajar temas específico de las líneas estratégicas de calidad, implementa la ejecución de la programación de actividades en el 2025. Priorizando estrategias de intervención para el control y mejoramiento de la calidad como son:

- Auditorias de Calidad de atención en Salud
- Plan de Seguridad del Paciente.
- Seguimiento para la Acreditacion
- 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 el fortalecimiento de Higiene de manos en el HSJ.

6.3.2. Unidades orgánicas, Comités y Equipos de trabajo responsables de las Líneas Estratégicas de Calidad.

- Departamentos asistenciales (Auditoria, análisis de eventos adversos, proyectos y acciones de mejora).
- Comité de Seguridad del Paciente
- Comité de Auditoría en Salud
- Comité de Auditoría Medica
- Equipo de Acreditacion
- Equipo de Evaluadores Internos
- Equipo Conductor de la Implementación de la Lista de Verificación de la seguridad en Cirugía.
- Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente.

6.3.3. Criterios de Programación de Actividades de EESS 2025.

(Ver ANEXO N°1).

6.4 Actividades por Objetivo

(VER ANEXO N°2)

6.5 Presupuesto y Financiamiento

El presente plan no incurre en presupuesto y financiamiento para el desarrollo de sus actividades.

6.6 Seguimiento y Evaluación del Plan

La Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital San José del Callao es el responsable de la supervisión, seguimiento, monitoreo y evaluación de las actividades programadas en el cronograma del Plan Anual de Gestión de la Calidad del 2025, así mismo, de cumplir con los objetivos establecidos en el presente plan.

 GOBIERNO REGIONAL CALLAO	Plan Anual de la Unidad de Gestión de la Calidad		CÓD.: Plan UGC-2025-O/1.0		
			REV.: 01	PÁG.: 17/22	
			FECHA APROBACIÓN:		

VII. RESPONSABILIDADES

7.1 Dirección Ejecutiva: Es responsable de la aprobación del Plan de la Unidad de Gestión de la Calidad en Salud del Hospital San José del Callao 2024 y de garantizar su cumplimiento.

7.2 La Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital San José del Callao: es responsable de la evaluación y reporte de su cumplimiento del presente plan. Asimismo, es el encargado de remitir la información correspondiente dentro de la periodicidad establecida a su par, en la Diresa-Callao, a través de la Dirección Ejecutiva.

7.3 Los jefes de Departamentos/Servicios/Oficinas/Unidades y Comités de la institución: son responsables del monitoreo de cada actividad programada según lo detallado en el presente plan, y de remitir los informes respectivos a la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital San José del callao para su evaluación y consolidación.

VIII. ANEXOS

- 8.1. Criterios de Programación de Actividades de EESS 2025 (ANEXO N°1).
- 8.2. Actividades por Objetivo (ANEXO N°2).
- 8.3. Cronograma de actividades (ANEXO N°3).

ANEXO Nº 01 - CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DE EESS 2025

Componente	N°	CODI	DENOMINACION			CARACTERISTICAS DE PROGRAMACION			
			CRITERIOS y/o ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACION	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACION/REGISTRO	NORMATIVA	INDICADORES
PLANIFICACION	1	01EPGC	Elaboracion del Plan de Gestion de la Calidad en Salud por Establecimiento de Salud (a partir de categoria I-3)	Plan aprobado	1	Documento mediante el cual se establecen los antecedentes, objetivos, actividades y tareas relacionadas a las lineas de accion del Sistema de Gestion de la Calidad en Salud	Plan de Gestion de la Calidad en Salud aprobado por la Jefatura /Direccion y remitido a la DIRESA/GERESA/DIRIS/SANIDAD/ SALUD hasta el semestre	RM N° 519 2006/MINSA	Nivel Regional: Numero de EESS que cuentan con Plan Anual de Gestion de la Calidad aprobado/ Numero de EESS de la DIRESA/GERESA/DIRIS/SANIDAD/ESSALUD
GARANTIA Y MEJORA	2	02ILVS	Implementacion de la Lista de Verificacion de la Seguridad de la Cirugia en centros quirurgicos de los establecimientos de salud que realicen intervenciones quirurgicas	Informe	2	Aplicación de la Lista de Verificación de la seguridad de la cirugía en los centros quirúrgicos de los establecimientos de la salud, así como, 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 lo establecido en la normatividad vigente	Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía Aplicada.	RM N° 1021-2010 /MINSA	Nivel Regional Numero de Establecimientos de salud de DIRESA/GERESA/DIRIS/SANIDAD/ESSALUD que implementan la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía/ Numero total de establecimientos de salud que realicen intervenciones quirúrgicas de DIRESA/GERESA/DIRIS/SANIDAD/ESSALUD.
	3	03IRNA	Implementacion demecanismos para el Registro, Notificación y Analisis de la ocurrencia de incidentes y Eventos Adversos en salud en los establecimientos de salud	Informe	4	Desarrollo del procedimiento para el registro, notificación y el analisis de la ocurrencia	Reporte de , in incidentes y eventos adversos registrados y notificados, informe trimestral consolidado de incidentes y eventos adversos registrados y notificados en los establecimientos de salud. Informe trimestral del analisis de eventos adversos	DS 013-2006-SA RM N° 727-2009 /MINSA	Nivel Regide eventos adversos nal Numero de Establecimientos de salud que remiten informe consolidado de incidentes y eventos adversos en salud/ Total de establecimientos de salud . Numero de establecimientos de salud que remiten informe del analisis de eventos adversos en Salud/Total de establecimientos de salud
	4	04IACA	Implementación de la Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud en los establecimientos de Salud	Informe	2	Es el procedimiento sistematico y continuo de evaluacion del cumplimiento, por los profesionales de salud, de estandares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual y que tiene como finalidad fundamental la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud	CAS y CAM conformados, Plan anual de auditoria de la atención en salud. Informe de auditorias (programadas , no programadas) y evaluaciones de calidad de registros de HC realizadas. Informe de implementación de recomendaciones de auditoria.	RM N° 502-2016/MINSA	Nivel Regional Numero de establecimientos de salud que informan auditorias realizadas en cumplimiento de su Plan Anual de Auditoria/Total de establecimientos de salud de la DIRESA/GERESA/DIRIS/SANIDAD/ESSALUD
	5	05IPAM	Implementación de los proyectos y/o acciones de mejora según normativa vigente (a partir de categoría I-3)	Informe	2	Actividades sobre el desarrollo de proyectos y/o acciones de mejora en base a la problemática identificada referente a las lineas de acciones de Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, y las prioridades sanitarias nacionales y regionales	Informe semestral sobre la Implementación de los proyectos y/o acciones de mejora.	RM N°095-2012/MINSA	Nivel Regional Numero de establecimientos de salud que implementan proyectos / acciones de mejora/Total de establecimientos de salud. DIRESA/GERESA/DIRIS/SANIDAD/ESSALUD
	6	061PHM	Implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud (a partir de categoría I-3)	Informe	4	Actividades desplegadas de planificación , capacitación, monitoreo, supervisión y evaluación para cumplir con el proceso de implementación de higiene de manos :técnica correcta y adherencia a los 5 momentos , en coordinación con los responsables de la oficina de Epidemiología. Actividades desplegadas por el día mundial de higiene de manos 5 de Mayo	Informes trimestrales que incluyan las actividades de capacitación, monitoreo, supervisión y evaluación de la adherencia de higiene de manos de los establecimientos de salud de la DIRESA/GERESA/DIRIS/SANIDAD/ESSALUD	RMN°255-2016/MINSA	Nivel Regional Numero de establecimientos de salud que implementan el proceso de higiene de mano /Total de establecimientos de salud. DIRESA/GERESA/DIRIS/SANIDAD/ESSALUD Porcentaje global promedio de la adherencia la higiene de manos por Establecimiento de Salud
	6	07IRSP	Implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente para gestión del riesgo de salud en los establecimientos de salud	Informe	4	Actividades desplegadas por parte de los equipos de Rondas de Seguridad del paciente de los EESS, para evaluar la ejecución de las Buenas Practicas de la Atención en Salud, a una UPSS seleccionada al azar ,mediante la aplicación de verificadores (Herramienta Informatica)	Informes trimestrales DE LA IMPLEMENTACION DE LAS Rondas de Seguridad del paciente de los establecimientos de salud de la DIRESA/GERESA/DIRIS/SANIDAD/ESSALUD	RM N° 163-2020-MINSA Directiva Sanitaria 92-MINSA-2020/DGAIN	Numero de establecimientos de salud que implementan las Rondas de Seguridad del paciente /Total de establecimientos de salud. DIRESA/GERESA/DIRIS/SANIDAD/ESSALUD Porcentaje de cumplimiento de Buenas Practicas evaluadas por DIRESA/GERESA/DIRIS/SANIDAD/ESSALUD
	8	08IAES	Implementación de la Autoevaluación del Proceso de Acreditación de establecimientos de salud (a partir de categoría I-1)	Informe	1	Actividad de evaluación interna (autoevaluación) del Proceso de Acreditación del establecimiento de salud, mediante la evaluación del cumplimiento de estandares preestablecidos, agrupados por macroprocesos y clasificados en categoría de Macroprocesos Gerenciales, Prestacionales y de Apoyo	Informe sobre Conformación de Equipo de Acreditación, equipo de evaluadores internos, Plan de Autoevaluación, Oficio de comunicación de inicio de Autoevaluación e Informe Tecnico de Autoevaluación de los EESS que incluye reporte semaforizado emitido por el Aplicativo.	RM N° 456-2007 /MINSA, RM N° 456270-2009 /MINSA, RM N° 491-2012 /MINSA,	Nivel Regional Numero de Establecimientos de salud de DIRESA/GERESA/DIRIS/SANIDAD/ESSALUD que implementan el PAES y remite Informe Tecnico de Autoevaluación/ Numero total de establecimientos de salud de DIRESA/GERESA/DIRIS/SANIDAD/ESSALUD.
	Informacion	9	09ESUE	Evaluación de la satisfacción del usuario externo en establecimientos de salud (a partir de categoría 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 emergencia, en establecimientos de salud (a partir de categoría I-3)	Informe anual emitido por los establecimientos de salud de la DIRESA/GERESA/DIRIS/SANIDAD/ESSALUD sobre los resultados de la evaluación de la satisfacción del usuario externo en consulta externa, hospitalización y emergencia, en establecimientos de salud (a partir de categoría I-3)	RM N° 527-2011 /MINSA

ANEXO Nº 02 – ACTIVIDADES POR OBJETIVO 2025

ACTIVIDAD OPERATIVA		UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLE
PLANIFICACION DE LA CALIDAD	Plan de Gestión de Calidad en Salud	RD	1	DIRECCION GENERAL
	Plan de Auditoria en calidad en salud	RD	1	DIRECCION GENERAL
	Plan de Seguridad del Paciente	RD	1	DIRECCION GENERAL
	Evaluación de Avance de la Metas del Plan de Gestión de Calidad en Salud	INFORME	4	UGC
	Evaluación de Avance de la Metas del Plan de Auditoria de Calidad en Salud	INFORME	4	AAMS
	Evaluación de Avance de la Metas del Plan de Seguridad del Paciente	INFORME	4	ASP
EFEMERIDES	Informe de Actividades "Día Mundial de Higiene de Manos" (05 de mayo)	INFORME	1	ASP
	Informe de Actividades "Día Nacional de la Salud y Buen Trato al Paciente" (13 de agosto)	INFORME	1	ASP
AUDITORIA DE CALIDAD EN SALUD	Conformación de los Comités de Auditoria Medica y Auditoria en Salud	RD	2	DIRECCION GENERAL
	Informe de Seguimiento de Recomendaciones de los Informes de Auditoria de Caso y en Salud	INFORME	4	AAMS
	Reportes de Auditoria de Calidad de Registro de Historia Clínica	INFORME	2	AAMS
AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION	Conformación de Equipos de Acreditación y Evaluadores Internos	RD	2	DIRECCION GENERAL
	Plan de Autoevaluación a nivel de Hospitales	RD	1	DIRECCION GENERAL
	Comunicado Oficial del Inicio y Termino del Proceso de Autoevaluación	NOTA INFORMATIVA	1	UGC
	Informe Técnico del Proceso de autoevaluación	INFORME	1	UGC
MEJORA CONTINUA DE CALIDAD EN SALUD	Conformación de los Equipos de Mejora Continua	RD	1	DIRECCION GENERAL
	Reporte Consolidado de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad en Salud	INFORME	2	AGMC
	Acciones de mejora que se han realizado en el último semestre	INFORME	2	AGMC
	Proyectos de mejora continua implementados con resultados positivos	INFORME	2	AGMC
RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Equipos de Rondas de Seguridad del Paciente (aprobado hasta el mes de febrero)	RD	1	DIRECCION GENERAL
	Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente	RD	1	DIRECCION GENERAL
	Informe de Aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente	INFORME	2	UGC
LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA	Equipos de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía	RD	1	DIRECCION GENERAL
	Encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía	INFORME	2	ASP
	Acciones de Mejora y/o Proyectos de Mejora en base a los resultados de la Encuesta Semestral de la LVSC	INFORME	2	ASP
	Informe de Supervisión de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura	INFORME	2	ASP
	Informe de Capacitación sobre la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía	INFORME	2	ASP

NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS	Reporte de Notificación y Registro de eventos adversos identificándose servicios más frecuentes y tasa de prevalencia	INFORME	2	ASP
	Informe de análisis causa-raíz de eventos adversos centinelas	INFORME	4	ASP
	Informe de capacitación de notificación de eventos adversos	INFORME	2	ASP
	Consolidado de Incidentes y eventos adversos	INFORME	2	ASP
ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS	Informe de evaluación de la adherencia de higiene de manos	INFORME	4	ASP
	Informe de supervisión y monitoreo de higiene de manos	INFORME	2	ASP
	Consolidado del porcentaje del cumplimiento de la adherencia de higiene de manos por grupo ocupacional	INFORME	2	ASP
SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO	Consolidado de los resultados de la satisfacción del usuario externo	INFORME	1	AGMC
	Informe técnico de los resultados de la satisfacción del usuario externo	INFORME	1	AGMC

ANEXO Nº 03 – CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2025

ACTIVIDAD OPERATIVA		UNIDAD DE MEDIDA	META	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE	RESPONSABLE
PLANIFICACION DE LA CALIDAD	Plan de Gestión de Calidad en Salud	RD	1			X										DIRECCION GENERAL
	Plan de Auditoria en calidad en salud	RD	1			X										DIRECCION GENERAL
	Plan de Seguridad del Paciente	RD	1			X										DIRECCION GENERAL
	Evaluación de Avance de la Metas del Plan de Gestión de Calidad en Salud	INFORME	4			X			X			X			X	UGC
	Evaluación de Avance de la Metas del Plan de Auditoria de Calidad en Salud	INFORME	4			X			X			X			X	AAMS
	Evaluación de Avance de la Metas del Plan de Seguridad del Paciente	INFORME	4			X			X			X			X	ASP
EFEMERIDES	Informe de Actividades "Día Mundial de Higiene de Manos" (05 de mayo)	INFORME	1					X								ASP
	Informe de Actividades "Día Nacional de la Salud y Buen Trato al Paciente" (13 de agosto)	INFORME	1								X					ASP
AUDITORIA DE CALIDAD EN SALUD	Conformación de los Comités de Auditoria Medica y Auditoria en Salud	RD	2			X										DIRECCION GENERAL
	Informe de Seguimiento de Recomendaciones de los Informes de Auditoria de Caso y en Salud	INFORME	4			X			X			X			X	AAMS
	Reportes de Auditoria de Calidad de Registro de Historia Clínica	INFORME	2						X						X	AAMS
AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION	Conformación de Equipos de Acreditación y Evaluadores Internos	RD	2			X										DIRECCION GENERAL
	Plan de autoevaluación a nivel de Hospitales	RD	1			X										DIRECCION GENERAL
	Comunicado Oficial del Inicio y Termino del Proceso de autoevaluación	NOTA INFORMATIVA	1								X					UGC
	Informe Técnico del Proceso de autoevaluación	INFORME	1												X	UGC
MEJORA CONTINUA DE CALIDAD EN SALUD	Conformación de los Equipos de Mejora Continua	RD	1			X										DIRECCION GENERAL
	Reporte Consolidado de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad en Salud	INFORME	2						X						X	AGMC
	Acciones de mejora que se han realizado en el último semestre	INFORME	2						X						X	AGMC
	Proyectos de mejora continua implementados con resultados positivos	INFORME	2						X						X	AGMC
RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Equipos de Rondas de Seguridad del Paciente (aprobado hasta el mes de febrero)	RD	1	X												DIRECCION GENERAL

	Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente	RD	1	X															DIRECCION GENERAL
	Informe de Aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente	INFORME	2						X									X	UGC
LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA	Equipos de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía	RD	1																DIRECCION GENERAL
	Encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía	INFORME	2						X									X	ASP
	Acciones de Mejora y/o Proyectos de Mejora en base a los resultados de la Encuesta Semestral de la LVSC	INFORME	2						X									X	ASP
	Informe de Supervisión de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura	INFORME	2						X									X	ASP
	Informe de Capacitación sobre la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía	INFORME	2						X										ASP
NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS	Reporte de Notificación y Registro de eventos adversos identificándose servicios más frecuentes y tasa de prevalencia	INFORME	2						X									X	ASP
	Informe de análisis causal de eventos adversos centinelas	INFORME	4			X			X			X						X	ASP
	Informe de capacitación de notificación de eventos adversos	INFORME	2						X									X	ASP
	Consolidado de Incidentes y eventos adversos	INFORME	2						X									X	ASP
ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS	Informe de evaluación de la adherencia de higiene de manos	INFORME	4			X			X			X						X	ASP
	Informe de supervisión y monitoreo de higiene de manos	INFORME	2						X									X	ASP
	Consolidado del porcentaje del cumplimiento de la adherencia de higiene de manos por grupo ocupacional	INFORME	2						X									X	ASP
SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO	Consolidado de los resultados de la satisfacción del usuario externo	INFORME	1															X	AGMC
	Informe técnico de los resultados de la satisfacción del usuario externo	INFORME	1															X	AGMC