

N° 098 - 2026-GRSL-DRSL/30.37.03.01

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Yurimaguas, 24 de febrero de 2026

Visto, el Expediente N° 02485-2026, que contiene el Oficio N° 0033-2025-GRSL/DRL/30.37.05, emitido por la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, solicitando la aprobación mediante Resolución Directoral del, "PLAN ANUAL DE ACTIVIDADES DE LA UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD, AÑO 2026", del Hospital Santa Gema de Yurimaguas;

CONSIDERANDO:

Que, mediante el numeral VI del título preliminar de la Ley N°26842- Ley General de Salud establece que, es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, a través de la Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado y Modificatorias, en el artículo 5. Principales acciones, que sustentan las acciones de modernización del Estado en el inciso d) señala: "Mayor eficiencia en la utilización de los recursos del Estado, por lo tanto, se elimina la duplicidad o superposición de competencias, funciones y atribuciones entre sectores y entidades o entre funcionarios y servidores";

Que, con el Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, se aprobó el Texto Único Ordenado de la ley N° 27444- Ley de Procedimiento Administrativo General, el cual establece en su artículo 72. numeral 72.2. que, toda entidad es competente para realizar las tareas materiales internas necesarias para el eficiente cumplimiento de su misión y objetivos, así como la distribución de las atribuciones que se encuentren comprendidas dentro de su competencia;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 826-2021-MINSA, el Ministerio de Salud, aprueba la Norma para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, y en su numeral 6.1. Estructura de los Documentos Normativos, establece la estructura que debe contar los Documentos Técnicos, dentro de los que se encuentran los Planes;

Que, mediante el documento de Visto, la Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad remite el Plan Anual de Actividades de la Unidad de Gestión de la Calidad – año 2026, del Hospital Santa Gema de Yurimaguas, para su Aprobación mediante acto resolutivo;

Que, el Plan citado en el Considerando que antecede como objetivo general: Contribuir en la mejora de la calidad de la atención de salud y la satisfacción del usuario interno y externo en los servicios médicos asistenciales del Hospital Santa Gema de Yurimaguas, y establecer una cultura de seguridad del paciente centrada en el usuario y acompañante;

Que, asimismo, tiene como objetivos específicos: Fomentar la implementación de las Políticas de Calidad en salud, fomentar una cultura de calidad y seguridad en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas, sensible a las necesidades de los usuarios;

Que, mediante Documentos de Visto el Director Ejecutivo Autoriza mediante Memorándum N° 0164-2026-DRL-GRSL/30.37, donde dispone a quien corresponda proyectar la Resolución Directoral de aprobación del "PLAN ANUAL DE ACTIVIDADES DE LA UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD, AÑO 2026";

Con la Visación de la Unidad de Recursos Humanos, Oficina de Asesoría Legal, Oficina de Administración, con la aprobación de la Dirección Ejecutiva del Hospital Santa Gema de Yurimaguas, y;





N° 098 - 2026-GRL-DRSL/30.37.03.01

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Yurimaguas, 24 de febrero de 2026

En uso de las atribuciones conferidas mediante Resolución Ministerial N° 963-2017/MINSA, de fecha 31 de octubre del 2017, y del Manual de Organizaciones y Funciones (MOF) del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, aprobada mediante Resolución Directoral N° 1899-2015-GRL-DRS-L/30.01 de fecha 16 de noviembre del 2015.

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR, el “**PLAN ANUAL DE ACTIVIDADES DE LA UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD, AÑO 2026**” del Hospital Santa Gema de Yurimaguas, que consta de CATORCE (14) PAGINAS, que forman parte de la presente Resolución.

Artículo 2°.- Encargar el cumplimiento y monitoreo del presente acto resolutivo, a la Unidad de Gestión de la Calidad en coordinación con la Sub Dirección Ejecutiva y los estamentos correspondientes

Artículo 3°.- Publíquese en el Portal WEB Institucional y Portal de Transparencia estándar del Hospital Santa Gema de Yurimaguas.



Regístrese y Comuníquese;



GOBIERNO REGIONAL DE SALUD LORETO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
MC. ANDRÉS ADOLFO ALVAREZ ANTONIO
DIRECTOR EJECUTIVO HSGY
CNP: 27715 RNE: 024683

**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD**



**“PLAN ANUAL DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD EN
SALUD DEL HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS -
AÑO 2026”**

YURIMAGUAS, FEBRERO 2026

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD LORETO – DIRESA LORETO

HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

PLAN ANUAL DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD – AÑO 2026



MISIÓN Y VISIÓN DEL HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

MISIÓN

Somos una Institución Pública que previene los riesgos y protege del daño, recuperando la salud y rehabilitando las capacidades de los pacientes en condiciones de plena accesibilidad y de atención a la persona desde su concepción hasta su muerte natural.

VISIÓN

Ser un hospital con recursos humanos especializados en todas las áreas con equipos y materiales biomédicos de alta tecnología que permita mayor capacidad resolutive para satisfacer las necesidades de salud de la población en general, reduciendo la tasa de morbi mortalidad general, materno infantil y mejorando la calidad de vida de los usuarios de los servicios de salud.

LEMA:

¡NUESTRA PRIORIDAD DE ATENCIÓN ERES TÚ!

MISIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

"Impulsar el desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y los procesos de garantía y mejora de la calidad, a través de la aplicación de políticas, normas y estándares de calidad internacionalmente reconocidos y aplicables a la realidad de las organizaciones de salud del país, para mejorar la calidad de la atención que se brinda y contribuir a mejorar la calidad de vida de la población".

VISIÓN

"Constituirnos en un Establecimiento de Salud, Líder en Gestión de la Calidad, mediante la aplicación de metodologías y herramientas, con una cultura organizacional de excelencia en Calidad en Salud, reflejada en la satisfacción de todos los actores internos y externos".

PRESENTACIÓN



- El Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, se encuentra ubicado en la ciudad de Yurimaguas capital de la Provincia de Alto Amazonas de la Región Loreto.
- Es una Institución Prestadora de Servicios de Salud de Nivel II-2; tiene como Unidad Ejecutora: la 405 – 1407, de la Región Loreto. Orgánicamente depende de la Gerencia Regional de Salud Loreto, del Gobierno Regional de Loreto – GERESA LORETO.
- Constituye un Órgano desconcertado de la RIS Alto Amazonas - DiRESA Loreto.
- Su funcionamiento como Hospital data del año 1943.
- Desde el mes de mayo 2021, viene funcionando en su nueva infraestructura, cuya dirección actual es calle Ucayali Mz. G – Lote 01.



GENERALIDADES DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

La Calidad en Salud, tiene su fundamento y razón de ser, en la **Calidad de Vida**, Calidad involucra a toda la Institución, calidad es tarea de todos, más no solo de un grupo de personas, cuyo objetivo es mantener la Mejora Continua de los servicios, brindando atención con calidad y calidez. Calidad basada en tres dimensiones:



1. Dimensión Técnico Científica,
2. Dimensión Humana y
3. Dimensión del Entorno.

La Unidad de Gestión de la Calidad en Salud, depende del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud, fue creada mediante Resolución Ministerial N° 896-2017/MINSA, a través de la Secretaría General del Ministerio de Salud.

La Unidad de Gestión de la Calidad en Salud, del Hospital Santa Gema de Yurimaguas, es un Órgano de Apoyo Técnico – Normativo, que depende directamente de la Dirección Ejecutiva del Hospital.

FUNCIONES. - Son las siguientes:

Planificar, coordinar, supervisar, evaluar y ejecutar las actividades relacionadas a la implementación, mantenimiento y actualización del Sistema de Gestión de la calidad (SGC) de los procesos técnicos – administrativas, con la finalidad de contribuir de manera efectiva al logro de los objetivos y metas institucionales.

El Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, se estructura en base a los cuatro Componentes:

A. Planificación para la Calidad

- ❖ Sistema
- ❖ Políticas
- ❖ Estrategias
- ❖ Objetivos
- ❖ Planes de Acción





B. Organización para la Calidad



- ❖ Nivel Nacional
- ❖ DISAS/DIRESAS
- ❖ REDES
- ❖ Micro REDES

C. Garantía y Mejora

- ❖ Auditoría de la Calidad
- ❖ Acreditación de Establecimientos (Autoevaluación).
- ❖ Seguridad del Paciente.
- ❖ Proceso de Mejora Continua (Proyectos M.C).
- ❖ Evaluación de la Tecnología Sanitaria.



D. Información para la Calidad

- ❖ Instrumentos de Medición de la Calidad (SERVQUAL, Buen trato etc).
- ❖ Mecanismos para la Atención al Usuario.
- ❖ Indicadores del Sistema de Gestión de la Calidad.

RECURSO HUMANO DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD – HSGY.

- Jefe de la Unidad: 1 Lic. Enfermería Auditor / Especialista Epidemiología.
- Médico Auditor: 02.
- Profesional No médico: 02 (1 Cirujano Dentista y 1 Lic. Enfermería).
- Personal de la Plataforma de Atención al Usuario - PAUS:
 - Profesionales de la Salud: 05 (2 Psicólogos y 3 Cirujanos Dentistas).
 - Técnicos Orientadores: 04.





I. ANTECEDENTES

Mediante Decreto Supremo N° 046-2014-PCM, se aprobó la Política Nacional para la Calidad, como una Política de estado que comprende a todos los niveles de Gobierno y actores públicos y privados, la que se fundamenta en la promoción de la productividad, innovación, competitividad, protección de la salud y seguridad, el medio ambiente, la provisión de bienes y servicios idóneos y el cumplimiento de estándares de calidad.

El Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobada mediante Decreto Supremo N° 008-2017-SA, establece que el Ministerio de Salud, orienta, formula, dirige, coordina, ejecuta, supervisa y evalúa las políticas nacionales y sectoriales a su cargo.

La Unidad de Gestión de la Calidad en Salud, fue creada con la finalidad de contar con los instrumentos necesarios para mejorar los estándares de calidad en la prestación de servicios, con criterios de eficiencia y eficacia orientados al ciudadano.

La Unidad de Gestión de la Calidad en Salud del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, depende directamente de la Dirección Ejecutiva, es la Unidad Orgánica responsable de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad Hospitalaria, promoviendo la Mejora Continua de la Calidad, la cual exige inversión en el potencial humano, en capacitación, mejoramiento de sus condiciones de trabajo, proveer insumos suficientes para brindar una atención eficiente y de calidad, mejoramiento de la infraestructura para proveer ambientes saludables y adecuados para la atención al usuario externo y para el desenvolvimiento del usuario interno, siendo así los trabajadores de salud los reales artífices de los cambios que el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud busca promover y orientar, mejorando y fortaleciendo sus capacidades técnico-operativas.

El Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud" (RM N° 727-2009/MINSA) establece doce Políticas Nacionales de Calidad de la Atención de Salud, las cuales centran su interés en la atención de calidad al usuario de los servicios de salud. Este documento, señala que los proveedores de atención de salud, asumen la responsabilidad del cumplimiento de normas y estándares de infraestructura, equipamiento, aprovisionamiento de insumos, procesos y resultados de atención, así mismo incentiva la creación de equipos multidisciplinarios para la mejora de la calidad y seguridad de la atención, promueve y reconoce experiencias exitosas en materia de calidad y seguridad del paciente, fomenta los proyectos de mejora en los servicios asistenciales, mediante la provisión de servicios equitativos, oportunos, efectivos y seguros.

II. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud del Perú – MINSA, a fin de direccionar, articular e integrar los diversos esfuerzos que se desarrollan para el mejoramiento en la calidad de las prestaciones de salud, establece conceptos, principios, políticas, objetivos, componentes y niveles del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, los cuales ayudan el desarrollo de acciones de mejora de la calidad de atención de salud, con el propósito de satisfacer a los usuarios, aumentando la eficiencia y la eficacia de los procesos, en el corto, mediano y largo plazo. Prioriza estrategias básicas de intervención en calidad, teniendo en cuenta el amplio consenso generado respecto de su utilidad en el control y mejoramiento de la calidad: Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, Medición de la Satisfacción del Usuario Externo, Autoevaluación, Acreditación, Mejoramiento Continuo de la Calidad y Trabajo en Equipo y la Seguridad del Paciente. Según la OMS, la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente mejorando su calidad de vida con el proceso.



Gestión de la calidad implica la transformación de la organización mediante el aprendizaje y la mejora permanente que surge como respuesta a las necesidades y expectativas de sus usuarios. Se trata de mejorar la calidad y avanzar en la búsqueda de la excelencia en las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Basado en los componentes de Gestión de la Calidad, se ha elaborado el plan de trabajo anual para el presente año 2024, el mismo que, a través de la implementación de acciones nos permitirá alcanzar los objetivos trazados, mediante un trabajo en equipo multidisciplinario, buscando la mejora de los procesos, liderado por los decisores, gestión basada en procesos y sobre todo con rostro humano, teniendo en cuenta que toda persona tiene "Derecho a la Salud con Calidad."

III. JUSTIFICACIÓN

La calidad de la atención en salud, consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas, en una forma que maximice los beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional los riesgos. El Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", aprobado por el Ministerio de Salud con R.M. N° 519-2006/MINSA, establece las bases conceptuales y los principios que deberán ser considerados en el desarrollo del sistema de gestión de la calidad y orienta la formulación de las estrategias para su implementación, realizando actividades en función de la mejora de la calidad en todo el sistema hospitalario, priorizando el enfoque de procesos en el Componente de **Garantía y Mejora**, donde se desarrollan las siguientes actividades:

1. Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en Centro Quirúrgico.
2. Implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Incidentes y/o Eventos Adversos en Salud.
3. Implementación de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
4. Implementación de proyectos y/o acciones de mejora en base a la problemática identificada referente a las Líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y las prioridades sanitarias regionales y nacionales.
5. Implementación del proceso de Higiene de Manos.
6. Implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente.
7. Implementación de la Autoevaluación del Proceso de Acreditación de EE.SS.
8. Componente: Sistema de Información:
9. Medición de los tiempos y movimientos del proceso de atención de salud en consulta externa, hospitalización y emergencia.
10. Medición de la Satisfacción del usuario externo en consulta externa/hospitalización/emergencia.

En tanto, la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, resulta indispensable e importante como parte de todo el sistema de salud.

IV. FINALIDAD

Fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad de atención en salud en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas, mediante la implementación de acciones de mejora centradas en el usuario externo, con el uso de herramientas técnicas normativas de medición de la calidad en salud.

V. BASE LEGAL

- ✓ Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificaciones.
- ✓ Ley N° 27657, Ley del Ministerio 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.
- ✓ Decreto Supremo N° 013-2006-SA que aprueba el "Reglamento de EE.SS. y Servicios Médicos de Apoyo".
- ✓ Decreto Supremo N° 046-2014-PCM que aprueba la Política Nacional para la Calidad.
- ✓ Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- ✓ Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud.
- ✓ R.M. N° 095-2012/MINSA que aprueba la Guía Técnica para la elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas de gestión de la calidad.
- ✓ R.M. N° 502-2016/MINSA que aprueba la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-N.02.
- ✓ R.M. N° 889-2007/MINSA Directiva Administrativa para el proceso de auditoría de caso de la calidad de la atención en salud.
- ✓ R.M. N° 456-2007/MINSA que aprueba la Norma Técnica de Salud para la acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- ✓ R.M. N° 456-2007/MINSA. NTS. N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Acreditación de Servicios de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- ✓ R.M. N° 308-2010/MINSA que aprueba la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.
- ✓ R.M. N° 1021-2010/MINSA Guía Técnica de Implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.
- ✓ R.M. N° 168-2015/MINSA que aprueba el Documento Técnico: "Lineamiento para la Vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención en salud.
- ✓ R.M. 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.
- ✓ R.M. N° 302-2015/MINSA que aprueba la Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de GPC del Ministerio de Salud.
- ✓ RM N° 414-2015/MINSA que aprueba el Documento Técnico: Metodología para la elaboración de GPC.
- ✓ Resolución Directoral N° 168-2026-GRL-GRSL/30.37.03.01. "Comité de Gestión de la Calidad en Salud – 2026, del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.

VI. OBJETIVOS

GENERAL

Contribuir en la mejora de la Calidad de la Atención de Salud y la Satisfacción del Usuario Interno y Externo en los servicios médicos asistenciales del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, y establecer una Cultura de Seguridad del Paciente centrada en el usuario y acompañante.

ESPECÍFICOS:

- ✓ Fortalecer la implementación de las políticas de calidad en salud en el Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas en el año 2025.
- ✓ Vigilar el cumplimiento de la implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía en Centro Quirúrgico.
- ✓ Implementar las Rondas de Seguridad del Paciente, en los servicios hospitalarios del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.
- ✓ Evaluar la Adherencia y el cumplimiento de la práctica correcta de la higiene de manos en los servicios asistenciales.
- ✓ Monitorizar el cumplimiento de la práctica correcta de la higiene de manos en los servicios administrativos.
- ✓ Medir los tiempos de espera y movimientos, en los servicios asistenciales del HSGY.
- ✓ Desarrollar el proceso de Acreditación para mejorar el desempeño de los servicios asistenciales del Hospital II-2 Santa Gema.
- ✓ Medir la Satisfacción del Usuario Externo, mediante la aplicación de la Encuesta SERVQUAL.
- ✓ Fomentar la Elaboración y aplicación de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad, en los diferentes servicios asistenciales.
- ✓ Fomentar una cultura de calidad y seguridad en el Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, sensible a las necesidades de los usuarios.
- ✓ Implementar acciones de monitoreo, evaluación y control de los procesos de atención de casos de Dengue.
- ✓ Monitorizar el funcionamiento y uso del Lactario Institucional.
- ✓ Vigilar, Promover y Fomentar la Lactancia Materna libre de sucedáneos.

VII. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El ámbito de aplicación del Plan Anual de la Unidad de Gestión de la Calidad en Salud, son todos los servicios asistenciales y administrativos del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.

VIII. ESTRATEGIAS/ACTIVIDADES

- Conformar el Equipo de Gestión de la Calidad en Salud 2026
- Conformar y actualizar los diferentes comités de trabajo mediante Resolución Directoral actualizada.
- Socializar con el personal asistencial y administrativo las normativas referentes al Sistema de Gestión de la Calidad.
- Activar el trabajo con los diferentes Comités de Gestión de la Calidad año 2025, con las Resoluciones Directorales respectivas.

- Vigilar y monitorizar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en Centro Quirúrgico.
- Monitorizar el cumplimiento de los seis Lineamientos para la prevención y control de las IAAS.
- Mantener el fortalecimiento de la vigilancia activa de los Eventos Adversos hospitalarios, y de las IAAS.
- Vigilar y monitorizar el cumplimiento de la práctica correcta de la Higiene de Manos en los servicios asistenciales críticos (Emergencia/UCI, Gineco-Obstetricia, Neonatología y Centro Quirúrgico).
- Evaluar la Adherencia a la Higiene de Manos en los servicios críticos hospitalarios.
- Implementar acciones de monitoreo, control y evaluación de la Adherencia al Uso de la Guía de Práctica Clínica de Dengue - R.M. N° 175-2024/MINSA - NTS N° 211-MINSA/DGIESP-2024.
- Atender los reclamos de los usuarios, presentados en el Libro de Reclamaciones de salud de la institución.
- Fortalecer la implementación de la Auditoría de Calidad de la Atención en Salud, mediante la ejecución de las auditorías de la calidad de la atención
- Realizar reuniones de sensibilización con los trabajadores del hospital sobre el trato digno al usuario externo y la protección de los derechos de los mismos.
- Inculcar la atención de salud basada en la Ética profesional, cuidando los derechos del usuario externo.
- Ejecutar acciones de capacitación para fortalecer capacidades técnico operativas en el personal de salud.
- Desarrollar el Proceso de la Autoevaluación 2025, para la Acreditación respectiva mediante estándares preestablecidos en macro procesos.
- Ejecutar las Rondas de Seguridad del Paciente de forma mensual, mediante las visitas al azar a los servicios asistenciales priorizando los servicios críticos.
- Realizar la medición del nivel de satisfacción del usuario externo en consulta externa, hospitalización y emergencia, a través de la aplicación de la Encuesta SERVQUAL 2025.
- Implementar la medición de los tiempos de espera en la atención ambulatoria.
- Impulsar la elaboración de Proyectos de Mejora de la Calidad de Atención, en todos los servicios asistenciales de acuerdo a la problemática encontrada.
- Promover la participación activa del personal asistencial en las acciones que se desarrollen en favor de la mejora de la calidad.
- Promover acciones de Clima Organizacional óptimo, para mejorar la Satisfacción del Usuario Interno.
- Realizar el Monitoreo de la implementación del Lactario Institucional.
- Fortalecer las competencias técnicas en el análisis Sistema de Gestión de Calidad en Salud.
- Ejecutar acciones de supervisión y monitoreo en las diferentes líneas de acción del Sistema de Gestión de Calidad en Salud.
- Realizar el monitoreo de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud en el H.S.G.Y. mediante la vigilancia de los indicadores de calidad.



IX. DEFINICIONES OPERATIVAS - CONCEPTOS BÁSICOS

- **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 la planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.
- **Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.** - Es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud del Sector y a sus dependencias públicas y privadas del nivel nacional, regional y local, en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión.
- **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.
- **Proyecto.** - Conjunto ordenado de acciones y procesos que usando recursos preestablecidos logra resultados en un tiempo determinado.
- **Proyecto de mejora.** - Proyectos orientados a generar resultados favorables en el desempeño y condiciones del entorno a través del uso de herramientas y técnicas de calidad.
- **Autoevaluación.** - Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en el cual los establecimientos de salud cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos.
- **Proceso.** - Es el conjunto de etapas sucesivas de una operación (administrativa, asistencial, etc.) que genera un resultado que agrega valor globalmente.
- **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.
- **Seguridad del paciente.** - Reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente.
- **Equipo de mejora.** - Conjunto de personas que buscan resolver un problema. Se forma para trabajar en un periodo de tiempo determinado y debe estar integrado por representantes de todas las áreas o servicios que intervienen en el proceso que se desea mejorar.

X. MATRIZ DE PROGRAMACIÓN



PERÚ
Ministerio
de Salud



DIRECCIÓN REGIONAL
DE SALUD
LORETO



Hospital Santa Gema
de Yurimaguas

UNIDAD DE GESTIÓN DE
LA CALIDAD – HSGY

PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD - IPRESS II y III NIVEL DE ATENCIÓN - AÑO 2026

IPRESS: HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE DE VERIFICACIÓN	ME TA	CRONOGRAMA MENSUAL 2026											
					Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas año 2026.	Conformación del Comité de Gestión de la Calidad RM N° 519-2006/MINSA	R.D	Actas de conformación y R.D.	1	X											
	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad año 2026.	Plan	Cargo del oficio con el Plan presentado	1		X										
Informe de Evaluación del Plan Anual de Gestión de la calidad. RM N° 519-2006/MINSA	Informe Trimestral, Semestral y anual	Informe	Cargo del oficio presentado a GERESA	4			X			X						X
	Conformación del Equipo Conductor de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía año 2026.	Resolución Directoral	Resolución Directoral	1	X											
Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en Centro Quirúrgico del HSGY. RM N° 1021-2010/MINSA.	Conformación del Equipo Coordinador (por turno) de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía año 2026.	Resolución Directoral	Resolución Directoral	1	X											
	Implementar la encuesta de evaluación de la Lista de Verificación Seg. Cirugía.	Informe	Cargo del oficio con plan e informe presentado a GERESA	1	X											
	Aplicación de listas de verificación de seguridad de la cirugía.			12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Informe Trimestral y semestral de la implementación de la lista de verificación.			4			X			X			X			X
	Conformar el Equipo de Seguridad del Paciente 2026.	R.D.	Resolución Directoral	1	X											
Implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Incidentes y/o Eventos Adversos en Salud en el HSGY. R.M. N° 727-2009/MINSA.	Capacitación implementación del Reporte de incidentes y eventos adversos.	Plan/Informe	Cargo oficio del plan e informe	1			X									
	Registro del Reporte de incidentes y eventos adversos.	Informe Trimestral	Cargo del oficio con plan e informe presentado a GERESA	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Análisis de la ocurrencia de incidentes y eventos adversos.			4			X			X			X			X
	Informe trimestral del análisis de incidentes y eventos adversos.			4			X			X			X			X



[illegible]

Implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente 2026, según RM N° 163-2020-MINSA.	Conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente año 2026 del HSGY.	R.D / Cronograma	Resolución Directoral	1	X														
	Elaborar y socializar el cronograma de las Rondas de Seguridad del Paciente.	Cronograma		1	X														
	Informe de Implementación de las Rondas de Seguridad del paciente.	Informe	Cargo del oficio con plan e informe presentado a GERESA	2					X										X
	Informe Trimestral del cumplimiento de los indicadores de evaluación de las Rondas de Seguridad de los Servicios.	Informe		4			X		X									X	
	Conformación del comité de Acreditación 2026.	Resolución Directoral	R.D.	1	X														
	Conformación del Equipos de Evaluadores Internos 2026		R.D.	1	X														
Implementación de la Autoevaluación del proceso de Acreditación en el HSGY, año 2025. RM Nº270-2009/MINSA	Elaboración del Plan de autoevaluación 2026	Plan	Cargo del oficio con plan e informe presentado a GERESA	1			X												
	Informe de la Ejecución del Plan de Autoevaluación.	Informe		1					X										
	Conformar Equipo Técnico Plan "Cero Colas" 2026.	R.D.	Resolución Directoral	1			X												
	Elaborar y socializar el Plan Cero Colas 2026.	Plan	R.D. Plan C.C	1			X												
Implementación del Plan "Cero Colas" 2018/MINSA / Directiva Administrativa N° 251-MINSA/2018/DGOS	Monitorizar las actividades del Plan "Cero Colas" 2026	Monitoreo	Informe	4			X		X								X		X
	Informe semestral del Plan "Cero Colas" 2026	Informe	Cargo envío GERESA	2							X								X
	Elaboración del Plan de Medición de tiempo de espera en Consulta Externa.	Plan	Plan / R.D.	1			X												
Medición de los tiempos y movimientos del proceso de atención de salud en consulta externa/hospitalización/emergencia en el HSGY.	Aplicación de la Medición de los tiempos de espera en consulta externa: consultorio médico, Laboratorio, Farmacia y Dx. Por imágenes.	Informe	Cargo del oficio con plan e informe presentado a GERESA	1					X									X	
	Informe de la Medición de los tiempos de espera y movimiento	Informe		1										x					

XI. PRESUPUESTO

- ❖ Las acciones propuestas en el presente Plan de Actividades para el presente año 2025, de la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud, serán financiadas por los Recursos Ordinarios u otra fuente de financiamiento de la Unidad Ejecutora 405-1407 del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, la cual designará la Dirección Administrativa.



XII. RESPONSABILIDADES

- ❖ El cumplimiento de lo establecido en el Plan de Gestión de la Calidad en Salud año 2025 del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, es responsabilidad de la Alta Dirección, dirigida de forma directa por la Jefatura de la Unidad Funcional de Gestión de Calidad en Salud y los diferentes equipos y/o comités de trabajo conjuntamente con las jefaturas de las unidades orgánicas según corresponda.



XIII. MONITOREO Y EVALUACIÓN

- ❖ Para garantizar el cumplimiento del presente plan, se realizará el seguimiento mensual y monitoreo permanente del cumplimiento de las actividades, y la elaboración del informe del avance trimestral y semestral año 2025.



Atentamente;



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
[Firma]
LIT. ENT. FABRICIA REATEGUI DÁVILA
CEP: 24260 / ESPEC. EPIDEMIOLOGÍA - REE: 027470
JEFE UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD