



## RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 19 de Febrero de 2020

**VISTO** el Expediente 04301-2020, conteniendo el Oficio N° 048-OGC-2020-HCH, remitido por la jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, y el Informe N° 0205-2020-OAJ/HCH de la jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica, y;

### CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable para el desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. Por lo que su protección es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 519-2006-MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", que tiene como objetivo establecer las directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de la salud en el sistema de salud del Perú;

Que, con Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 029-MINSA/DIGEPRES V. 02 "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud", cuya finalidad es contribuir a mejorar la calidad de la atención en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo en el Sector Salud;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 038-2020/MINSA, se aprueba la "Directiva Administrativa N°0283-MINSA/2020/DGOS, Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la evaluación del cumplimiento de los indicadores de desempeño y compromiso de mejora de los servicios en salud alcanzado en el año 2020;

Que, mediante Oficio N° 048-OGC-2020-HCH, la jefa de la Oficina de Calidad solicita la aprobación del Plan Anual de Gestión de Calidad del Hospital Cayetano Heredia 2020, el cual tiene como objetivo general contribuir en la mejora de los procesos de atención en salud a través de la implementación de los componentes del sistema de gestión de la calidad;

Que, el literal i) del artículo 6° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, dispone que la Dirección General está a cargo de un Director General y tiene como una de sus funciones expedir Resoluciones Directorales en los asuntos de su competencia;



Estando a lo peticionado, por la jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad; y lo señalado en el Informe N° 0205-2020-OAJ/HCH por la jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica;

Con visación de la jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y de la jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo dispuesto en el TUO de la Ley del Procedimiento Administrativo General, Ley N° 27444 y las facultades previstas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.** - **APROBAR** el Plan Anual de Gestión de Calidad del Hospital Cayetano Heredia 2020, el mismo que se adjunta y forma parte integrante de la presente Resolución.

**Artículo 2°.**- **ENCARGAR** a la Oficina de Gestión de la Calidad, adopte las acciones administrativas para el cumplimiento del presente Plan.

**Artículo 3°.**- **DISPONER** que la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación y difusión de la presente Resolución Directoral en el Portal de Transparencia Estándar del Hospital Cayetano Heredia.

**REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.**



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ  
DIRECTORA GENERAL  
C.M.R. 23579 R.N.E. 9834

- ( ) ACPR/BIC/Chg.  
DISTRIBUCIÓN:  
( ) DG  
( ) OGC  
( ) OAJ



# DOCUMENTO TECNICO: PLAN ANUAL DE GESTION DE CALIDAD DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA 2020



## I.-FINALIDAD Y JUSTIFICACION TECNICA

El plan de gestión de calidad tiene como finalidad contribuir a fortalecer los procesos de atención de los servicios incorporando acciones de mejora continua de la calidad de atención en función a las oportunidades de mejora identificada para la mejora de la satisfacción del usuario en el Hospital Cayetano Heredia

### JUSTIFICACIÓN:

La calidad de atención en salud es definida como la provisión de servicios de salud a los usuarios de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos con el propósito de lograr la satisfacción de los usuarios.

Los beneficios y riesgos a la que hace alusión esta definición están referidas a brindar la atención con los máximos beneficios con el menor riesgo posible, basado en el conocimiento de la evidencia científica.

La calidad de atención en salud incorpora como eje central, al usuario, orientando las acciones hacia la mejora continua, considerando las dimensiones de calidad tales como la calidad técnica, humana y la del entorno, aunado a ello, el despliegue de estrategias en base a los componentes de la calidad de atención que son Planificación, Organización, Garantía y mejora continua y finalmente lo relacionado al componente de información para la calidad que incorpora la atención del usuario en base a la escucha activa de sus reclamos.

En este sentido el presente documento técnico denominado Plan de Gestión de Calidad 2020 del Hospital Cayetano Heredia, busca contribuir en la mejora de la calidad de atención en los servicios asistenciales y administrativos el mismo que se encuentra concordante con el plan operativo anual 2020.

## II. AMBITO DE APLICACIÓN

El Plan de Gestión de la Calidad abarcará a los servicios asistenciales y administrativos del Hospital Cayetano Heredia.

## III. MARCO 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.
- ✓ Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- ✓ Decreto Supremo N° 002-2019-SA Aprueban 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.
- ✓ Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el DT "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".



- ✓ Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA aprueba la NTS N° 050- MINSA/DGSPV: 02. "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médico de Apoyo.
- ✓ Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba la DT "Política Nacional de Calidad en Salud".
- ✓ Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, se aprueba la GT "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- ✓ Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, se aprueba la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- ✓ Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA, se aprueba la "Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
- ✓ Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, se aprueba la GT "Guía para la elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad".
- ✓ Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud".
- ✓ Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA que aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES V.02 " Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud"
- ✓ Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, se aprueba la NTS N° 139 – MINSA/2018/DGAIN: Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.
- ✓ 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 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° 764-2016/IGSS Que aprueba la Directiva Sanitaria N° 009-IGSS/V.01 "Análisis de los eventos centinelas en la IPRESS y UGIPRESS.
- ✓ Resolución Ministerial N° 038-2020/MINSA "Directiva Administrativa N° 0283 MINSA/2020/DGOS. "Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la evaluación del cumplimiento de los indicadores de desempeño y compromiso de mejora de los servicios en salud alcanzado en el año 2020.

#### IV.OBJETIVO GENERAL

Contribuir en la mejora de los procesos de atención en salud a través de la implementación de los componentes del sistema de gestión de calidad.

#### V. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Fortalecer la cultura de la calidad y mejora continua en los diferentes servicios del hospital a través de capacitaciones, acciones de mejora, proyectos e investigaciones en calidad.
2. Identificar inconformidades en el proceso de atención a través de las auditorías de la calidad de atención en salud.
3. Establecer acciones para la gestión del riesgo y la seguridad del paciente a través de las buenas prácticas en seguridad de la atención, sostenibilidad de la aplicación de la lista de verificación de la seguridad del paciente y rondas de seguridad del paciente.
4. Establecer acciones para la gestión de procesos para alcanzar la acreditación a través de la realización de la autoevaluación institucional.
5. Contribuir a la gestión de las relaciones con usuario externo a través de la promoción de los derechos, difusión de los deberes del usuario, mediciones de la satisfacción del usuario externo, atención de los reclamos y otras mediciones para la identificación de oportunidades de mejora.



## VI. ESTRATÉGIAS DE INTERVENCIÓN

1. Coordinación permanente con la Unidad Funcional de Gestión de Calidad y la Dirección General de Operaciones en Salud del Ministerio de Salud.
2. Coordinación periódica con la Oficina de Gestión de Calidad de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte -DIRIS Lima Norte
3. Coordinación con la alta dirección del Hospital Cayetano Heredia.

## VII.-RECURSOS:

- Recursos Humanos:  
Apoyo para la contratación de 02 médicos auditores
- Recursos Financieros:  
Asignación presupuestal para el cumplimiento de indicadores de Gestión de Calidad.
- Recursos Materiales:  
Computadoras (4) para las actividades de las líneas de acción  
Impresora  
Tóner (2 mensual)

(1)

## VIII.-PRESUPUESTO

Para el desarrollo de las actividades de la Oficina de Gestión de Calidad el presupuesto se encuentra considerado en el programa de acciones Central- 5000003 Gestión administrativa, que está referida a las metas físicas 12.0, específica de gastos y la denominación del gasto y el presupuesto para el desarrollo de las actividades del mencionado plan.

### RESUMEN DE FINANCIAMIENTO DE GESTION DE CALIDAD 2020

UNIDAD DE MEDIDA	META FISICA	ESPECIFICA DE GASTOS	DENOMINACION DE GASTO	COSTO s/.
Acción	12.0	2.3.11.11	1. Alimentos y bebidas para capacitaciones	1000
		2.3.25.12	2. Materiales y útiles de oficina/ autoevaluación institucional	3010.00
		2.3.2.1.2.99	3. Movilidad para los ponentes	1500
		2.3.2.7.11.6	4. Servicio de impresiones Afiches de calidad y seguridad del paciente, libro de reclamaciones, gigantografías de los derechos del usuario	10000
		2.3.2.7.32	5. Servicio de Capacitación para los comités de auditoría, autodevaluadores internos, seguridad del paciente	5630.00
		2.3.2.7.11.99	6. Servicios de terceros (auditores médicos, personal para encuestas , atención del reclamos )	188,4000
		2.6.3.2.31	7. Equipos informáticos (Computadoras+ impresoras )	30000.00



## IX.-RESPONSABILIDADES

La Oficina de Gestión de Calidad del Hospital Cayetano Heredia supervisa, monitorea y evalúa las actividades del presente plan según los componentes del sistema de gestión de calidad.

## X.- MONITOREO Y EVALUACION

Para garantizar el cumplimiento del presente plan se realizará el seguimiento trimestral, y se elaborará informes semestrales del avance del plan de gestión de la calidad de acuerdo a los siguientes indicadores establecidos:

1. Porcentaje de avance del Plan del Sistema de Gestión de Calidad
2. Porcentaje de avance del cumplimiento del plan de auditoría
3. Porcentaje de avance del plan de seguridad del paciente
4. Cumplimiento del plan de autoevaluación.
5. Porcentaje de satisfacción del usuario externo
6. Avance de los indicadores de calidad de atención
7. Atención de los reclamos con respuesta en el tiempo establecido.



XI. MATRIZ DE PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DEL PLAN DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD 2020

COMPONENTE DEL SGC	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	PERIOR.	PROGRAMACION DE ACTIVIDADES												META ANUAL	
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
Planificación	E.1 Diseño del Plan con Resolución Directoral	Plan aprobado	Anual		X	X											1
Garantía y mejora: seguridad del paciente	Aplicación de la lista de verificación de seguridad de la cirugía en los Centros Quirúrgicos. (informe de análisis)	Informe	Semestral						X							X	≥ 85%
Garantía y mejora: seguridad del paciente	Aplicación de las encuestas de evaluación de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad a cargo del equipo conductor. (informe de análisis)	Informe	Semestral							X						X	2
Garantía y mejora: seguridad del paciente	Consolidados de los registros, notificación y el análisis sobre la ocurrencia de incidentes y/o eventos adversos en salud	Informe	Semestral							X						X	
	Realización del análisis del evento adversos /incidentes	Informe	Semestral							X						X	
Garantía y mejora: seguridad del paciente	Ejecución de rondas de seguridad del paciente	Informe	Trimestral			X			X			X				X	4
Garantía y mejora: Auditoría de la calidad de atención	Elaboración del plan anual de auditoría de la calidad de atención	Plan	Anual			X											1
Garantía y mejora : Auditoría de la Calidad de Atención	Realización de informes de auditoría de la calidad de atención realizadas(programadas y no programadas)	Informe	Semestral							X						X	2
Garantía y mejora : Auditoría de la Calidad de Atención	Seguimiento de las recomendaciones de las auditorías de la calidad de atención.	Informe	Semestral							X						X	2
Garantía y mejora : Proyectos /acciones de mejora	Elaboración e implementación de los proyectos de mejora y/o acciones de mejora en base a la problemática identificadas referente a las líneas de acción del sistema de gestión de calidad	Informe	Semestral							X						X	2
Garantía y Mejora : Autoevaluación	Conformación del equipo de acreditación	Informe	Anual				X										1



COMPONENTE DEL SGC	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	PERIOR.	PROGRAMACION DE ACTIVIDADES												META ANUAL	
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
Garantía y Mejora : Autoevaluación	Conformación del equipo de evaluadores internos	Informe	Anual					x									1
Garantía y Mejora : Autoevaluación	Elaboración del plan de autoevaluación	Plan aprobado	Anual					x	x								1
Garantía y Mejora : Autoevaluación	Comunicación del inicio de la autoevaluación	Informe	Anual										x				1
Garantía y Mejora : Autoevaluación	Ejecución de la autoevaluación	Informe	Anual											x	x	x	1
Garantía y Mejora : Autoevaluación	Presentación del informe técnico	Informe	Anual													Enero 2021	1
Garantía y Mejora	Monitoreo de higiene de manos a través de la ronda de seguridad	Informe	Trimestral			x			x				x		x		04
Información para la calidad : <b>Satisfacción del usuario</b>	Medición de Satisfacción del usuario externo en Consulta Externa.	Informe	Anual	x	x												1 (60% de satisfacción esperada)
Información para la Calidad: <b>Satisfacción del Usuario</b>	Medición de satisfacción del Usuario en Hospitalización	Informe	Anual		x	X											1 (≥ 60% de satisfacción esperada)
Información para la Calidad: <b>Satisfacción del Usuario</b>	Medición de satisfacción del Usuario en Emergencia	Informe	Anual			X	x										1 (≥ 60% de satisfacción esperada)
Información para la Calidad : <b>Tiempos de espera</b>	Medición del tiempo de espera en Consulta Externa (admisión+caja+farmacia+rayosx+laboratorio).	Informe	Trimestral			x			x				x		x		4
Información para la Calidad : <b>Tiempos de espera</b>	R.4 Medición del tiempo de espera para la atención en los consultorios de la Consulta Externa. (medico)	Informe	Semestral							x					x		2
Información para la Calidad : <b>Tiempos de espera</b>	Medición de los tiempos de espera en Emergencia según prioridades	Informe	Semestral								x		x		x		6



COMPONENTE DEL SGC	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	PERIOR.	PROGRAMACION DE ACTIVIDADES												META ANUAL	
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
Información para la Calidad : Tiempos de espera	Medición de los tiempos y movimientos del proceso de atención en salud en hospitalización	Informe	Semestral								x					x	2
Información para la calidad: Tiempos de espera	Presentación de cronograma de actividades de otras mediciones en los servicios	Informe	anual			x											01
Información para la calidad: Tiempos de espera	Ejecución de las actividades de otras mediciones en los servicios	Informe	Trimestral			x			x			x				x	04
Información para la calidad : PAUS	Elaboración de reportes de IBOS atendidos en la plataforma	Informe	Mensual	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	12
Información para la Calidad. PAUS	Elaboración de reportes de los reclamos del libro de reclamaciones	Informe	Mensual	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	12
Información para la Calidad, PAUS	Capacitación al personal de la plataforma en las normativas vigentes de atención de reclamos, derechos de los usuarios".	Informe	Semestral		x							x					2

Indicadores de Procesos "P", Indicadores Estratégicos "E" Indicadores de Resultados "R"

