



Resolución Directoral

Sullana, 05 de octubre del año 2022

VISTOS: La nota informativa N° 291-2022-/HAS-430020165, de fecha treinta de setiembre del dos mil veintidós (30.09.2022), del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico, el proveído favorable de la Dirección Ejecutiva, con fecha treinta de setiembre del dos mil veintidós (30.09.2022) y ;

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo al documento del Visto, la Dirección Ejecutiva autoriza emitir el Acto Resolutivo de Aprobación de Políticas de Confiabilidad al Usuario en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, contando con el proveído correlativo N° 3294, de fecha treinta de setiembre del dos mil veintidós (30.09.2022);

Que, los artículos 1 y 9 de la Constitución Política del Perú establecen que la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado; y que el Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación, siendo responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud;

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el artículo 25 de la Ley General de Salud, dispone que toda información relativa al acto médico que se realiza, tiene carácter reservado. El profesional de la salud, el técnico o el auxiliar que promociona o divulga, por cualquier medio, información relacionada al acto médico en el que participa o del que tiene conocimiento, incurre en responsabilidad civil o penal, según el caso, sin perjuicio de las sanciones que correspondan en aplicación de los respectivos Códigos de Ética Profesional;

Que, el Artículo 5° del Decreto Supremo N° 013 - 2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, prescribe: "Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo para dar inicio a sus actividades deben contar con un reglamento interno y otros documentos de gestión que definan claramente su organización, las funciones del personal, mecanismos de coordinación y comunicación interna y externa, estandarización de procesos y mecanismos de control de acuerdo a las normas vigentes. Además, deben contar, en cada área, unidad o servicio, con manuales de procedimientos, guías de práctica clínica referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad, y otros que sean necesarios, según sea el caso";

Que, asimismo en el artículo 9° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, respecto a la Garantía de la Calidad y Seguridad de la Atención dispone que: Los Establecimientos de Salud, y servicios médicos de apoyo están obligados a garantizar localidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes, a proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, a protegerlos íntegramente contra riesgos innecesarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda;

Que, el Reglamento de Ley N° 29414 Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado mediante Decreto Supremo N° 027-2015-SA, establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, precisando el alcance de los derechos al acceso a los servicios de salud, a la atención integral de la salud que comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el tratamiento, recuperación y rehabilitación de la salud; así como, al acceso a la información y consentimiento informado;

Que, mediante Decreto Supremo N° 031-2014-SA, se aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD (SUSALUD), se mantendrá vigilante en cumplimiento de sus funciones, para promover, proteger y defender los derechos en salud de todo ciudadano);

Que, en concordancia con el Decreto Supremo N° 001-2022-SA, Decreto Supremo que define los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2022, y los criterios técnicos para su aplicación e implementación, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15° del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado;





Resolución Directoral

Sullana, 05 de octubre del año 2022

Que, el Decreto Legislativo N° 1153, establece como compromiso de mejora la **Ficha Técnica N° 24: Fortalecimiento de la Autoevaluación del Desempeño de los EESS, para el Cumplimiento de los Estándares de Calidad en la Atención de salud del Convenio de Gestión año 2022;**

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V0.2, Norma Técnica de Salud para la Acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo la cual tiene como finalidad a contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo según su nivel de complejidad cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base de cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos. Asimismo la citada norma técnica de salud establece que el proceso de acreditación comprende dos fases: autoevaluación y evaluación externa, definiendo a la primera como la base inicial obligatoria del proceso de Acreditación, en los establecimientos de salud que cuenten con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, quienes harán uso del listado de estándares de acreditación y realizarán una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento o identificar sus fortalezas o áreas susceptibles de mejoramiento;

Que, de acuerdo el documento del visto, la jefatura del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico, solicita la aprobación e Implementación de Políticas de Confiabilidad al Usuario en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, en el marco de la absolución de observaciones al Macroproceso N° 11: Atención Quirúrgica, criterio ATQ4-3 que prescribe: "El establecimiento de salud aplica una política de confidencialidad respecto a la información del paciente";

Que, con el propósito de proseguir las acciones y procedimientos administrativos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales, resulta pertinente emitir el Acto Resolutivo de Aprobación de Confiabilidad al Usuario en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana. Lineamientos que tienen por Finalidad Contribuir en la mejora de la calidad de atención del usuario externo fomentando las buenas prácticas de atención en salud, protegiendo a través de los derechos de los usuarios de salud, con énfasis en el derecho a la privacidad, respecto de su dignidad e intimidad en el proceso de atención en salud;

Con las visaciones de Asesoría Legal, Oficina de Administración y Oficina de Planeamiento Estratégico y,

En Uso de las Atribuciones y Facultades conferidas al Director Ejecutivo del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, establecidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 312-2015/GRP-CR, de fecha dieciséis de mayo del dos mil quince (16.05.2015); y de conformidad con la Resolución Ejecutiva Regional N° 056-2022/GOBIERNO REGIONAL PIURA.GR, de fecha veinticuatro de enero del 2022 (24/01/2022), que resuelve designar al Médico **MIGUEL ORTENCIO CORDOVA GONZALES**, en el cargo de Director Ejecutivo del Hospital de Apoyo II-2 Sullana;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- APROBAR, las "POLÍTICAS DE CONFIABILIDAD AL USUARIO EN EL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA", el mismo que en documento adjunto, forma parte de la presente resolución.

ARTICULO 2°.- DISPONER, a los Órganos de Línea de Atención al Usuario, el cumplimiento de las Políticas de Confiabilidad al Usuario en el hospital de Apoyo II-2 Sullana.

ARTÍCULO 3°.- NOTIFICAR, la presente Resolución a la Dirección Ejecutiva, Oficina de Planeamiento Estratégico, Oficina de Administración, Órgano de Control, Unidad de Personal, Oficina de Gestión de la Calidad, Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico, Departamento de Enfermería y órganos comprendidos dentro del acto resolutivo.

ARTÍCULO 4°.- ENCARGAR, que la Unidad de Estadística e Informática publique la presente Resolución Directoral en el portal Web del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

REGISTRESE, COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE.

MOCG/JSG/apz

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

Méd. Miguel O. Cordova Gonzales
C.M.P. 9130
DIRECTOR EJECUTIVO

IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS DE CONFIABILIDAD AL USUARIO EN EL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA.

I.- FINALIDAD.-

Contribuir en la mejora de la calidad del usuario externo fomentando las buenas prácticas de atención en salud protegiendo a través de los derechos de los usuarios de salud, con énfasis en el derecho a la privacidad, respeto de su dignidad e intimidad en el proceso de atención en salud.

II.- OBJETIVOS.-

- a) *Establecer mecanismos de privacidad para el usuario en salud en el proceso de atención en la consulta externa.*
- b) *Establecer mecanismos de privacidad para el usuario en salud en el proceso de atención en los servicios de hospitalización.*
- c) *Establecer mecanismos de privacidad para el usuario en salud en el proceso de atención en los servicios de emergencia.*

III.- ÁMBITO DE APLICACIÓN.-

La presente Implementación de Políticas de Confiabilidad al Usuario será aplicada en todos los servicios Asistenciales del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

IV.- BASE LEGAL.-

- *Ley N° 26842, Ley General de la Salud.*
- *Ley N° 29414, Ley que establece "Los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud".*
- *Resolución Ministerial N° 688-2020/MINSA, Aprueba la Directiva Administrativa N° 294-MINSA/2020/OGTI Directiva Administrativa que establece el tratamiento de los datos personales relacionados con la salud o datos personales en salud;*
- *Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".*
- *Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, Aprueba el Documento Técnico denominado "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".*
- *Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que Aprueba la NTS N° 50 – MINSA/DGSP- V.02. "Norma Técnica de Salud para la acreditación de los Establecimientos en Salud y Servicios Médicos de Apoyo".*
- *Decreto Supremo N° 027 -2015-SA, aprueba el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.*
- *Decreto Supremo N° 002-2019-SA, que aprueban el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud-IAFAS,*



Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud- UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.

- *Resolución Ministerial N°850-2016/MINSA "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".*

V.- DISPOSICIONES GENERALES.

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES

- 5.1.1 *La privacidad del usuario.- Se refiere al derecho que tienen los usuarios de determinar cuándo, cómo y hasta dónde se puede compartir la información médica, la atención del usuario con otras personas.*
- 5.1.2 *Calidad de la Atención.- Conjunto de actividades que realizan los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo en el proceso de atención, desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados tanto por los proveedores como por los usuarios, en tiempos de seguridad, eficacia, eficiencia y satisfacción del usuario.*
- 5.1.3 *Establecimiento de Salud.- Entiéndase por establecimientos de salud aquellos que realizan en régimen ambulatorio o de internamiento, atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o restablecer el estado de salud de las personas.*
- 5.1.4.- *Derecho al respeto de su dignidad e intimidad del usuario en salud.- Toda persona tiene derechos a ser atendida por personal de salud autorizado por la normatividad vigente y con pleno respeto a su dignidad e intimidad, sin discriminación por acción u omisión de ningún tipo, Art. 19 (D.S N° 027-2015-SA).*
- 5.1.5 *Atención de salud con privacidad.- Significa que el personal de salud durante la atención del usuario respeta el pudor y protege la intimidad de los usuarios en los diferentes servicios del establecimiento.*

VI.- DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.

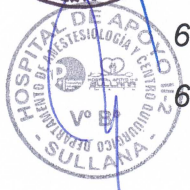
- 6.1 *Disposiciones para la protección de la privacidad del usuario en salud.*

Para la atención de los usuarios en los diferentes servicios del hospital deberán implementarse los siguientes mecanismos que a continuación se detalla.

- 6.1.1 *Atención en Consulta Externa.*

- 6.1.1.1 *Atención de un solo paciente según consultorio asignado a excepción de los usuarios adultos mayores que ingresarán con un familiar y persona que presente discapacidad Física o mental.*

- 6.1.1.2 *Utilizar barreras físicas: colocar biombos cortinas separadores para proteger el pudor y la intimidad de los usuarios.*



6.1.1.3 *Restringir la presencia de personas ajenas al consultorio durante la atención médica (No ingreso de visitantes, personal externo de otros servicios).*

6.1.1.4 *Durante la realización de procedimientos ambulatorios, cuidar en todo momento el pudor e intimidad del usuario. (Uso de batas, soleras, para proteger al usuario durante el proceso de atención).*

VII.- RESPONSABILIDADES.

- *La Dirección Ejecutiva será responsable de la difusión de la presente directiva a todos los servicios asistenciales del hospital.*
- *Los jefes de los Departamentos Asistenciales y servicios de Medicina, Cirugía, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Emergencia y Cuidados Críticos, UCI, Anestesiología y Centro Quirúrgico, Enfermería, Medicina Interna, Consulta Externa, Medicina Física y Rehabilitación son responsables de la implementación de los mecanismos establecidos para salvaguardar los derechos del usuario en relación a la privacidad en el proceso de atención en el hospital.*
- *La jefatura del Departamento de Enfermería será responsable de la difusión de la presente directiva a todo su personal (Enfermeras y Técnicos de Enfermería de todos los servicios del hospital).*
- *La jefatura de Apoyo al Diagnóstico (Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, Departamento de Diagnóstico por Imágenes), son responsables de la difusión de la presente directiva a todo su personal.*
- *El personal asistencial de los diferentes servicios son los responsables del cumplimiento de la presente implementación de políticas de confiabilidad al usuario para cuidar la protección de los derechos del usuario en relación a la privacidad de la atención.*

VIII.- DISPOSICIONES FINALES.

- *El personal de enfermería durante el proceso de atención al usuario en los diferentes servicios es el eje de la aplicación de las barreras físicas para la protección de los derechos del usuario en relación a la privacidad de atención en los diferentes servicios del hospital.*
- *Los Jefes de los Órganos de Línea (Jefes de Departamentos y Servicios), son responsables de designar a un personal que implemente las medidas de seguridad de los datos personales, evitando la pérdida o destrucción de estos, tanto de forma manual como a través del uso de las TIC, debiendo adecuarse a lo dispuesto en la "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica". Y si se hubiera cometido alguna infracción están obligados a accionar la investigación y sanción de los responsables de la falta, sin perjuicio de la intervención que pueda tener el Ministerio Público u otras entidades tales como la Contraloría General de la República, los colegios profesionales o los procuradores públicos del sector correspondiente.*

