

GOBIERNO REGIONAL MADRE DE DIOS  
HOSPITAL SANTA ROSA



"AÑO DEL BICENTENARIO DE LA CONSOLIDACIÓN DE  
NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACIÓN  
DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"  
"Madre De Dios, Capital de la Biodiversidad del Perú"



RESOLUCION DIRECTORAL

N° 179 -2024-GOREMAD/HSRPM

PUERTO MALDONADO,

02 SET. 2024

VISTOS:

Visto el Memorando N° 0258-2024-GOREMAD/HSRPM-DE, de fecha 16 de abril de 2024, el Director Ejecutivo del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, autoriza proyectar la Resolución Directoral de "Aprobación del Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud del Hospital de Santa Rosa de Puerto Maldonado, para el periodo 2024";

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° SO2-2016-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° 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, 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° 027-2024-GOREMAD/HSR-UGC, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad solicita la aprobación del Plan Anual de Gestión de la Calidad de la IPRESS del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 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 con eficacia a partir del 02 de enero del año 2024;

Que, mediante Memorando N° 0258-2024-GOREMAD/HSRPM-DE, de fecha 15 de Abril del 2024, el Director Ejecutivo del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado autoriza la proyección del presente Acto Resolutivo;

Que, estando a lo dispuesto por el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, y en uso de las facultades conferidas mediante Ley N° 27783 -Ley de Bases de Descentralización y sus modificatorias; Ley N° 27867 -Ley Orgánica de Gobiernos Regionales con sus modificatorias; y, las facultades Administrativas delegadas mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 209-2023-GOREMAD/GR, de fecha 26 de Julio de 2023; y,

Con las visaciones del Jefe de la Oficina de Administración, Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad, y Abogado del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado.

SE RESUELVE:

**Artículo 1.- APROBAR**, el Documento Técnico: PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado 2024, con eficacia partir del 02 de enero del año 2024, el mismo que se adjunta debidamente visado.

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

**Artículo 3.- PUBLICAR**, en cumplimiento de la Ley N° 27806 "Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública" y sus modificatorias, en el Portal Institucional: [www.hospitalsantarosa.gob.pe](http://www.hospitalsantarosa.gob.pe)

"REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE"



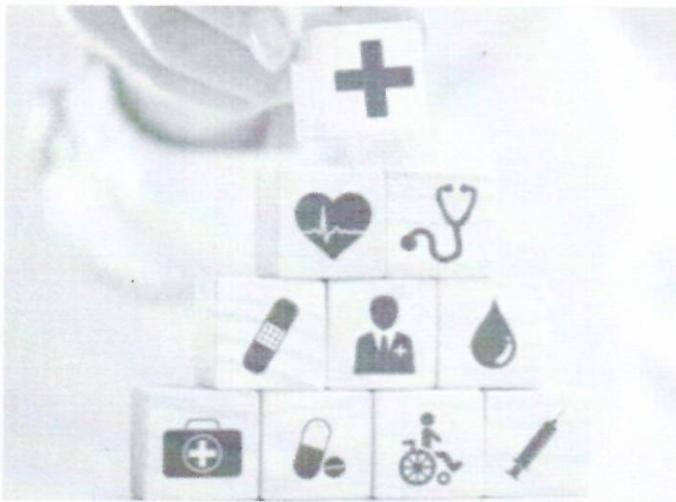
GOBIERNO REGIONAL DE MADRE DE DIOS  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL SANTA ROSA

Dr. Luis Humberto Chávez Cols  
DIRECTOR HOSPITAL SANTA ROSA  
MEDICO ANESTESIOLOGO  
C.M.P. 25821 R.N.E. 822704

DISTRIBUCIÓN:  
AUTOGRAFA (02)  
DIR.EJE/HSRPM (01)  
OA/HSRPM (01)  
UE/HSRPM (01)  
USC/HSRPM (01)  
LHC/FCM/LHPP.

[www.hospitalsantarosa.gob.pe](http://www.hospitalsantarosa.gob.pe)

Teléfonos (051) (082) 571019 y 974944702 ANEXOS 114-115-111  
Jirón Cajamarca N° 171 - Puerto Maldonado



**UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD  
HOSPITAL DE SANTA ROSA DE  
PUERTO MALDONADO**

**PLAN ANUAL DE  
GESTIÓN DE LA  
CALIDAD EN SALUD 2024**

Contenido

I. INTRODUCCIÓN .....	3
II. FINALIDAD.....	4
III. OBJETIVO .....	4
3.1. Objetivo General .....	4
3.2. Objetivos Específicos .....	4
IV. AMBITO DE APLICACIÓN .....	4
V. BASE LEGAL.....	4
VI. SIGLAS Y DEFINICIONES.....	6
6.1 Siglas: .....	6
6.2 Definiciones: .....	6
VII. ACTIVIDADES A REALIZAR.....	9
7.1. Gestión del proceso de Auditoría: .....	10
7.2. Gestión para la Cultura de la calidad, Mejora Continua y Acreditación: .....	10
7.3. Gestión del Riesgo y las Buenas Prácticas en Seguridad del paciente: .....	10
7.4. Gestión de Atención al Usuario Externo:.....	11
VIII. PRESUPUESTO .....	11
IX. RESPONSABILIDADES.....	11
X. INDICADORES.....	11



# PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL DE SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO

## I. INTRODUCCIÓN

El Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado implementa y establece a la Unidad de Gestión de la Calidad, como órgano asesor encargado de implementar el SGCS en el Hospital, la cual viene desarrollando de manera sistemática, con la participación activa de los colaboradores de los Departamentos y Oficinas en la HSRPM, un conjunto de actividades que orienten y promuevan una mejora continua en la calidad de atención en salud, planificadas, en ejes de trabajo priorizados, como la Auditoría de Calidad de atención en de Salud, la Autoevaluación como primera fase de la Acreditación en Salud, la Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgos, la información para la toma de decisiones y mejora de la calidad de la atención como son el estudio de satisfacción del usuario externo, reclamos, tiempo de espera e indicadores de calidad.

En ese sentido el Ministerio de Salud con Resolución Ministerial N°519-2006-MINSA aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad" donde se establece que el *"Sistema de Gestión de la Calidad es un componente de la gestión institucional y por ello es deber de todo funcionario de determina y aplicar la política de Calidad incluye los componentes de planificación, organización, garantía, y mejora de la calidad de la información para la calidad dentro de la dirección estratégica del hospital, en la perspectiva de diseñar, gestionar y mejorar los procesos institucionales hacia una cultura de la calidad"*;

Asimismo, con Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA establece las Políticas Nacionales de Calidad en Salud orientadas hacia los objetivos específicos. Ambos Documentos Normativos tienen como finalidad buscar la mejora de la condición de los servicios, recursos y tecnología del sector a través de la generación de una cultura de calidad, sensible a las necesidades de los usuarios externos e internos.

Posteriormente en el marco del cumplimiento de la Norma Técnica para la implementación de la Gestión por Procesos en las entidades de administración pública, el Ministerio de Salud incluye la Gestión por Procesos en los sistemas de salud que se concretiza en el año 2020 con la aprobación de la Resolución Secretarial N°63-2020-MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N°288-MINSA/2020/OGPPM "Lineamientos para la Implementación de la Gestión por Procesos en Salud".

En este contexto el hospital desarrolla en el marco de la visión, misión, políticas y objetivos estratégicos institucionales, el presente plan es para contribuir al mejoramiento de los servicios de salud y la calidad de atención de sus pacientes

Cabe resaltar que las acciones de Gestión de la Calidad no están expuestas en su totalidad en el POI, lo que asumimos no se traduce en asignación presupuestal, llegando a mermar su implementación y sobre todo sostenibilidad de las acciones de mejora que se proponen.



## II. FINALIDAD

El presente plan tiene como finalidad mejorar la calidad y la seguridad de la atención, establecer los objetivos, resultados y actividades orientadas a la mejora continua de los procesos estratégicos, que se brinda a los pacientes del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, para el periodo 2024.

## III. OBJETIVO

### 3.1. Objetivo General:

Fortalecer la calidad de la atención en salud y la mejora continua, con la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado.



### 3.2. Objetivos Específicos:

- 3.2.1 Desarrollar el proceso de Autoevaluación para la acreditación y/o certificación de la IPRESS.
- 3.2.2 Fortalecer y monitorizar el desarrollo de las actividades enmarcadas en el Proceso Seguridad del Paciente 2024.
- 3.2.3 Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- 3.2.4 Fortalecer los mecanismos de escucha al usuario externo mediante el (PAUS), libro de reclamaciones y buzón de sugerencia orientado a la mejora de la calidad de atención.
- 3.2.5 Fortalecer competencias en buenas prácticas de atención y gestión de riesgo
- 3.2.6 Promover y Fortalecer la seguridad del paciente mediante la implementación del sistema de registro-notificación-análisis de ocurrencia de Incidente y evento Adverso.
- 3.2.7 Determinar el nivel de satisfacción de los usuarios externos mediante la aplicación de la encuesta SERVQUAL.
- 3.2.8 Promover la cultura para la Mejora Continua.
- 3.2.9 Realizar la Auditoria de la Calidad de Atención en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado.



## IV. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan de Gestión de la Calidad 2024 se aplicará en todas las Direcciones, Oficinas, Departamentos, Servicios, Áreas, comités y unidades de asistencia directa o indirecta al usuario externo del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado.

## V. BASE LEGAL

- 5.1 Ley N°26842, que aprueba la Ley General de la Salud, y su modificatoria Ley N°27604 que modifica la Ley General de Salud, respecto de la obligación de los establecimientos de salud de dar atención médica en casos de emergencias y partos.

- 5.2 Ley N°29344, que aprueba la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 5.3 Ley N°29414, que aprueba la Ley que establece los Derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
- 5.4 Decreto Supremo N°008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N°29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 5.5 Decreto Supremo N°027-2015-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N°29414, Ley que establece los Derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
- 5.6 Decreto Supremo N°008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- 5.7 Resolución Ministerial N°013-2006-MINSA, que aprueba el Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- 5.8 Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- 5.9 Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- 5.10 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.
- 5.11 Resolución Ministerial N°727-2009-MINSA, que aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud.
- 5.12 Resolución Ministerial N°308-2010/MINSA, que aprueba la "Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- 5.13 Resolución Ministerial N°1021-2010-MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- 5.14 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.
- 5.15 Resolución Ministerial N°372-2011/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Procedimientos de Limpieza y Desinfección de Ambientes en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de apoyo
- 5.16 Resolución Ministerial N°095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de elaboración de Proyectos de Mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la Gestión de la calidad.
- 5.17 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 la salud.
- 5.18 Resolución Ministerial N°302-2015/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud.
- 5.19 Resolución Ministerial N°414-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica.
- 5.20 Resolución Ministerial N°255-2016/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Implementación del proceso de higiene de manos en los Establecimientos de Salud.
- 5.21 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".
- 5.22 Resolución Ministerial N°896-2017/MINSA, que aprueba la Creación en la Secretaría General del Ministerio de Salud la Unidad de Gestión de la Calidad en Salud.



- 5.23 Resolución Ministerial N°214-2018/MINSA, que aprueba la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”.
- 5.24 Resolución Ministerial N°163-2020/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N°92-MINSA/2020/DGAIN “Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud”.
- 5.25 Resolución Ministerial N°523-2020/MINSA, que aprueba la NTS N°163-MINSA/2020/CDC “Norma Técnica de Salud para la vigilancia de las infecciones asociadas a la atención de Salud”.
- 5.26 Resolución Ministerial N°826-2021/MINSA, que aprueba la Norma para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
- 5.27 Resolución Secretarial N°063-2020/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N°288-MINSA-2020-OGPPM “Lineamientos para la implementación de la Gestión por procesos en Salud”.
- 5.28 Resolución Jefatural N°631-2016/IGSS, que aprueba la Directiva Sanitaria N°009-IGSS/V.01 “Análisis de los Eventos Centinelas en las IPRESS y UGIPRESS del Instituto de Gestión de Servicios de Salud”.
- 5.29 Resolución Jefatural N°764-2016/IGSS, que aprueba la Directiva Sanitaria N°005-IGSS/V.01 “Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos adversos y Eventos Centinelas”.



## VI. SIGLAS Y DEFINICIONES

### 6.1. Siglas:

- DN : Documento Normativo.
- GPC : Guía de Práctica Clínica.
- GT : Guía Técnica.
- HSRPM : Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado.
- UGC : Unidad de Gestión de la Calidad.

### 6.2. Definiciones:

- 6.2.1. **Acciones correctivas:** Actividades que se realizan después de haber encontrado deficiencias en los procesos de la organización, están encaminadas a mejorarlos.
- 6.2.2. **Acción insegura:** Es la conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de los miembros del equipo y que puede poner en riesgo la salud del paciente. En un incidente pueden estar involucrados una o varias acciones inseguras.
- 6.2.3. **Acreditación:** Proceso de evaluación periódica, basado en la comparación de desempeño de la Institución Prestadora de Servicios de Salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar.
- 6.2.4. **Análisis de caso:** Es una metodología de análisis multicausal para investigar los hechos ocurridos, permite identificar en cada caso cuales han sido los factores contribuyentes a la ocurrencia del hecho y encontrar las acciones que deben ser implementadas para favorecer el aprendizaje organizacional.
- 6.2.5. **Atención Segura:** Grado en el cual los servicios sanitarios para individuos y poblaciones aumentan la posibilidad de resultados en salud deseados. Para ofrecer una atención segura se requieren profesionales competentes y la infraestructura y equipamientos adecuados.
- 6.2.6. **Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud:** Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los



procesos de atención en salud ofrecidos a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

- 6.2.7. Auditoría Médica:** Tipo de Auditoría sobre un Acto Médico, realizada por profesionales médicos, que no han participado en la producción de datos o la información, ni en la atención médica. Es la revisión detallada de registros y procesos médicos seleccionados con el objetivo de evaluar la calidad de la atención médica brindada. Incluye los aspectos de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación en salud, así como el diagnóstico, tratamiento y evolución, y el uso de recursos, según corresponda.
- 6.2.8. Auditoría en Salud:** Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud. Se realiza sobre todo el proceso de atención realizada, o sobre un aspecto en particular de la atención (de enfermería, obstetricia, u otros); es llevada a cabo por profesionales de salud, capacitados y formados para realizar Auditoría de la Calidad. Puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada.
- 6.2.9. Auditoría Programada:** Tipo de Auditoría que se realiza en cumplimiento de la planificación anual que hace el establecimiento de salud, para auditar atenciones realizadas por departamento o servicio asistencial.
- 6.2.10. Auditoría de Caso:** Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, que no está incluida en el Plan Anual. Se realiza ante la presencia de un incidente de tipo clínico, que ha generado daño real (evento adverso) o potencial al usuario en el proceso de atención, independiente de que genere repercusión en los medios públicos, o denuncias, reclamos o quejas de parte afectada o interesada. Por lo general obliga a la participación de diferentes especialidades médicas, y puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada. La metodología sugerida es el análisis de causa raíz.
- 6.2.11. Autoevaluación:** Es la fase inicial obligatoria inicial del proceso de acreditación, para lo cual es necesario contar con un equipo institucional de evaluadores internos.
- 6.2.12. Cultura de seguridad:** Es el patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.
- 6.2.13. Directiva:** Es aquel documento Normativo con el que se establecen aspectos técnicos y operativos en materias específicas y cuya emisión puede establecer a lo dispuesto en un norma legal o reglamentaria de carácter general o de una NTS. Puede ser referida a la actuación sanitaria, administrativa. Su aplicación es de carácter permanente y de cumplimiento obligatorio de parte de las unidades de organización. Por la naturaleza del contenido, las Directivas se denominan:
- 6.2.14. Directivas Administrativas:** Cuando están dirigidas a temas del ámbito administrativo.
- 6.2.15. Directivas Sanitarias:** Cuando están dirigidas a temas del ámbito sanitario.
- 6.2.16. Documento Normativo:** Es todo aquel documento interno aprobado por el Hospital que tiene por finalidad transmitir información estandarizada y aprobada sobre aspectos técnicos, sean estos asistenciales, sanitarios y/o administrativos, relacionados al ámbito del Sector Salud, en cumplimiento de sus objetivos; así como facilitar el adecuado y correcto desarrollo de competencias, funciones, procesos, procedimientos y/o actividades, según corresponda.



- 6.2.17. Documento Técnico:** Es la denominación genérica de aquella publicación del hospital, que contiene información sistematizada o contenidos sobre un determinado aspecto sanitario o administrativo. Su finalidad es básicamente de información u orientación a los usuarios, personal de salud y/o población general, basada en el conocimiento científico y técnico, validado por la experiencia sistematizada y documentada, y respaldado por las normas vigentes que correspondan.
- 6.2.18.** Se consideran Documentos Técnicos aquellos que abordan aspectos como "Doctrinas", "Lineamientos de Políticas", "Planes", "Manuales" entre otros.
- 6.2.19. 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.
- 6.2.20. Evaluación de la Capacidad Resolutiva del Servicio:** Proceso que nos permitirá observar si los profesionales cuentan con todo el material y equipamiento necesario para realizar una atención de calidad.
- 6.2.21. Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo:** Proceso referido a la valoración de la calidad de la atención en los servicios de salud por el usuario, a través de las principales actividades del proceso de atención.
- 6.2.22. Evento Adverso:** Es la lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede ser causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.
- 6.2.23. Evento centinela:** Es aquel evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad en salud, pues lo general es la manifestación de que algo está fallando en el proceso de atención. No todos los eventos adversos son eventos centinela.
- 6.2.24. Gestión de la Calidad:** componente que determina y aplica la política, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión de la calidad mediante la planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.
- 6.2.25. Gestión del Riesgo:** Es el procedimiento que permite, una vez caracterizado el riesgo, la aplicación de las medidas más adecuadas para reducir al mínimo los riesgos determinados y mitigar sus efectos, al tiempo que se obtienen los resultados esperados.
- 6.2.26. Guía Técnica:** Es aquel documento Normativo interno del Hospital, con el que se define por escrito y de manera detallada el desarrollo de determinados procesos, procedimientos y actividades administrativas, asistenciales o sanitarias. En ella se establecen metodologías, instrucciones o indicaciones que permiten al operador seguir un determinado recorrido, orientándolo al cumplimiento del objetivo de un proceso, procedimiento o actividades y al desarrollo de una buena práctica.
- 6.2.27.** Las Guías Técnicas pueden ser del campo administrativo, asistencial o sanitario. Cuando se aboca al diagnóstico o tratamiento de un problema clínico recibe el nombre de Guía de Práctica Clínica (GPC)...
- 6.2.28.** Dentro de la denominación Guía Técnica se incluye a los denominados "protocolos" que pueden ser del campo asistencial, sanitario o administrativo.
- 6.2.29. Herramientas de Calidad:** Instrumentos que permiten ordenar, medir, comparar y estructurar la información, de manera que simplifiquen y hagan objetivas las concepciones teóricas y la secuencia de procesos complejos



y que permitan generar nuevas ideas para resolver las diferentes oportunidades de mejora que se van presentando.

**6.2.30. Incidente relacionado con la seguridad del paciente:** Es el suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias. El daño que podría haber ocasionado al paciente es innecesario e imprevisto. Cuando un incidente causa daño o lesión se denomina evento adverso.

**6.2.31. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud –IPRESS:** Son aquellos establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.

**6.2.32. Mejora Continua:** es un proceso que pretende mejorar los servicios y procesos de la Institución mediante una actitud general, la cual configura la base para asegurar la estabilización de los circuitos y una continuada detección de brechas o áreas que precisan de ser mejoradas.

**6.2.33. Plan de Acción:** Documento debidamente estructurado, por medio del cual se busca materializar objetivos previamente establecidos, dotándolos de elementos cualitativos, cuantitativos, y verificables a lo largo del proyecto.

**6.2.34. Proceso:** Es un conjunto de actividades secuenciales que interactúan entre sí, que añaden valor, con un punto de inicio o entrada y un punto de termino o salida claramente definidos y que generan productos (bienes o servicios) para satisfacer las necesidades y expectativas de un usuario o cliente.

**6.2.35. Proyectos de Mejora en Salud:** Son proyectos orientados a generar resultados favorables en el desempeño y condiciones del entorno a través del uso de herramientas y técnicas de calidad, su principal objetivo es mejorar la satisfacción del usuario en salud.

**6.2.36. Rondas de seguridad:** Es un herramienta de calidad que permite evaluar las buenas prácticas de atención de salud, recomendada para incrementar la seguridad de todos aquellos servicios clínicos y no clínicos relacionados con el cuidado de los pacientes a través de una visita programada de un servicio seleccionado al azar de las UPSS priorizadas, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el personal de salud, pacientes y familia, cuidando en todo momento de guardar una actitud educativa y no punitiva.

**6.2.37. Satisfacción del usuario externo:** Grado de cumplimiento por parte de la organización de salud, respecto a las expectativas y percepciones del usuario, en relación a los servicios que esta le ofrece.

**6.2.38. Seguridad del Paciente:** Es la reducción del riesgo de daños incensarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el cual se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.

**6.2.39. Sistema de Gestión de la Calidad:** Conjunto de elementos y procesos relacionados que permiten conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de Salud en lo relativo a la calidad de atención y a la gestión para la calidad.

## VII. ACTIVIDADES A REALIZAR

La Unidad de Gestión de la Calidad ha programado realizar para el año 2024 las siguientes actividades distribuidos en sus 04 Líneas de trabajo, tal como sigue:



## 7.1. Gestión del proceso de Auditoría:

- 7.1.1. Elaborar el Plan Anual del Comité de Auditoría de Calidad de la Atención en Salud.
- 7.1.2. Conformar el Comité de Auditoría Médica.
- 7.1.3. Conformar el Comité de Auditoría de la Calidad en Salud.
- 7.1.4. Realizar el seguimiento de la implementación de las recomendaciones de las auditorías de la calidad de atención en salud (programadas y no programadas).
- 7.1.5. Gestión para la inclusión de formatos de la Historia Clínica.



## 7.2. Gestión para la Cultura de la calidad, Mejora Continua y Acreditación:

- 7.2.1. Conformar los Equipos de Mejora de los Servicios Asistenciales.
- 7.2.2. Elaborar la Guía Técnica para la Gestión de los Proyectos de Mejora y Planes de Acción.
- 7.2.3. Gestión para la elaboración y/o actualización de Guías de Práctica Clínica.
- 7.2.4. Gestión para la elaboración de Proyectos de Mejora en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado.
- 7.2.5. Capacitar al Equipo de Evaluadores Internos y Equipo de Acreditación del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado.
- 7.2.6. Conformar del Equipo de Evaluadores Internos / Equipo de Acreditación del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado.
- 7.2.7. Elaborar el Plan de Autoevaluación del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado.
- 7.2.8. Monitorear la implementación de las mejoras en base a la Autoevaluación 2022.
- 7.2.9. Conducir el proceso de Recategorización del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado.



## 7.3. Gestión del Riesgo y las Buenas Prácticas en Seguridad del paciente:

- 7.3.1. Capacitar en la aplicación y difundir los resultados de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.
- 7.3.2. Aplicar de la Encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- 7.3.3. Verificar el grado de cumplimiento de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, a través de la revisión de historias clínicas.
- 7.3.4. Elaborar el informe de consolidado mensual de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas.
- 7.3.5. Monitorizar el cumplimiento del plan de acción de incidentes, eventos adversos y eventos centinela.
- 7.3.6. Conformar el Equipo Anual de Rondas de Seguridad del Paciente.
- 7.3.7. Elaborar el Cronograma anual de Rondas de Seguridad del Paciente.
- 7.3.8. Aplicar la Ronda de Seguridad del Paciente, establecer las respectivas brechas y elaborar los Planes de Acción por el responsable y equipo de mejora del servicio evaluado.
- 7.3.9. Monitorizar la implementación de acciones de mejora de Rondas de Seguridad del Paciente.
- 7.3.10. Elaborar el Informe Anual de Rondas de Seguridad del Paciente para su difusión por la página web institucional.



- 7.3.11. Actualizar la Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente.
- 7.3.12. Elaborar el Informe de Resultados sobre la Encuesta para medir la cultura de seguridad del paciente en el HSRPM, establecer las brechas y elaborar el plan de acción en coordinación con los equipos de mejora.
- 7.3.13. Capacitar a los profesionales de salud en relación a seguridad del paciente.

#### 7.4. Gestión de Atención al Usuario Externo:

- 7.4.1. Elaborar el Plan para la evaluación de satisfacción de los usuarios externos del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado.
- 7.4.2. Realizar el informe de seguimiento de recomendaciones de la Evaluación de la satisfacción del usuario externo - SERVQUAL 2022.
- 7.4.3. Realizar el informe de seguimiento de recomendaciones de la Evaluación de la satisfacción del usuario externo

La programación de actividades se presenta en el Cronograma de Actividades (Anexo N°01).

### VIII. PRESUPUESTO

Para el desarrollo de las actividades de la Unidad de Gestión de Calidad el presupuesto se encuentra considerado en el programa de acción Central-5000003 Gestión administrativa, según la disponibilidad presupuestal de la Oficina de Planeamiento Estratégico del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, para el desarrollo de las actividades del mencionado plan.

### IX. RESPONSABILIDADES

La unidad orgánica encargada de realizar el monitoreo, supervisión y evaluación de las acciones programadas en el Plan de Gestión de la Calidad 2024, es la Unidad de Gestión de la Calidad, para lo cual coordinará con los diferentes comités sobre el desarrollo de las diferentes dimensiones, promoviendo la evaluación, implementación de los reajustes y detectando los logros y dificultades.

### X. INDICADORES

Los indicadores de Gestión de la calidad:

- Porcentaje de Auditorías en Salud
- Porcentaje de Rondas de Seguridad
- Porcentaje de grado de cumplimiento de Autoevaluación
- Porcentaje de Proyectos de Mejora









