

REPUBLICA DEL PERU



GOBIERNO REGIONAL PIURA  
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 0113-2025-GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-4300201661

Sullana, 29 de enero del 2025

VISTO:

Nota Informativa N°063-2025/HAS-430020165, de fecha 29 de enero del 2025, proveído N°491, de fecha 29 de enero del 2025, y;

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo al documento del Visto, con Nota Informativa N°063-2025/HAS-430020165, de fecha 29 de enero del 2025, la jefatura de la Oficina de Gestión de Calidad solicita al Director Ejecutivo del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, la aprobación y proyección de Acto Resolutivo del "Plan de Trabajo de la Oficina de Gestión de Calidad del Hospital de Apoyo II-2 Sullana - 2025";

Que, de acuerdo al título preliminar I, II de la Ley N° 26842, Ley General del Salud, de fecha 15 de julio del 1997, determina que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. Y la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", aprobado bajo Resolución Ministerial N° 519-2006-MINSA, de fecha 02 de junio del 2006, 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 el Artículo 1° del Título Primero en el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, de fecha 25 de junio del 2006, las Disposiciones Generales.- El presente Reglamento establece los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, con Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la NTS 050-MINSA/DGSP.02 "Norma Técnica de salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", 06 de junio de 2007, tiene como finalidad 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 del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos" y en la primera Disposición General se señala, que el proceso de acreditación comprende dos fases: Autoevaluación y competencias del evaluador interno;

Que, con Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, de fecha 25 de abril de 2009, se aprobó la guía técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, donde se describe los pasos de la autoevaluación, las responsabilidades y competencias del evaluador interno. Además, como guía de referencia nacional, de aplicación en los establecimientos de salud públicos y privados del sector, que pertenecen a los niveles I, II y la categoría III-1 en el ámbito nacional incluyendo a los servicios prestados por terceros ;

Que, asimismo en la Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", de fecha 31 de octubre del 2009, en su Octava Política, establece que las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, implementen mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud;

Que, en el artículo 13° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 312-2015/GRP-CR, de fecha 16 de mayo del 2015, establece que la Oficina de Gestión de la Calidad es la Unidad orgánica encargada de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el hospital para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al paciente, con la participación activa del personal. Teniendo como una de sus funciones asesorar en el desarrollo del proceso de acreditación, según las normas que establezca el Ministerio de Salud;

REPUBLICA DEL PERU



GOBIERNO REGIONAL PIURA  
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 0113-2025-GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-4300201661

Sullana, 29 de enero del 2025

Que, con Resolución Ministerial N°502-2016-MINSA donde se aprobó la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud", de fecha 18 de julio del 2016, cuyo objetivo general es de establecer los lineamientos técnicos y metodológicos para realizar la auditoría de la calidad de la atención en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, sean públicos, privados o mixtos. Y asimismo su finalidad de contribuir a mejorar la calidad de atención en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del Sector Salud;

Que, en virtud a ello, mediante el documento emitido por la jefatura de la Oficina de Gestión de Calidad, con proveído N°491, de fecha 29 de enero del 2025, la Dirección Ejecutiva autoriza a la Oficina de Planeamiento Estratégico, la aprobación y proyección de Acto Resolutivo del "**Plan de Trabajo de la Oficina de Gestión de Calidad del Hospital de Apoyo II-2 Sullana - 2025**", cuya finalidad del plan, es de contribuir a la mejora de la calidad en Salud, para beneficio de los usuarios del Hospital de Apoyo II-2 Sullana a través de una correcta y oportuna Mejora Continua;

Estando informado la Dirección ejecutiva, con las visaciones de la Oficina de Planeamiento Estratégico, Asesoría Legal y Oficina de Administración, 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 16 de mayo del 2015, y de conformidad con la Resolución Ejecutiva Regional N° 0486-2024/GOBIERNO REGIONAL PIURA.GR, de fecha 19 de septiembre del 2024, que resuelve designar al médico **IVAN OSWALDO CALDERÓN CASTILLO**, en el cargo de Director Ejecutivo del Hospital de Apoyo II-2 Sullana;

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1°.- APROBAR**, el "Plan de Trabajo de la Oficina de Gestión de Calidad del Hospital de Apoyo II-2 Sullana - 2025", el mismo que en documento adjunto forma parte de la presente Resolución.

**ARTICULO 2°.- DISPONER**, a la Oficina de Gestión de Calidad del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, el seguimiento y cumplimiento de sus funciones de acuerdo a la norma vigente según resuelto en el artículo 1° de la presente resolución.

**ARTICULO 3.- DISPONER**, que la Oficina Funcional de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones publique la presente Resolución Directoral en el portal Web del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

**ARTICULO 4.- NOTIFICAR**, la presente Resolución a la Dirección Ejecutiva, Oficina de Planeamiento Estratégico, Oficina de Control Institucional, Asesoría Legal, Oficina de Administración, Oficina de Gestión de Calidad e interesados.

**REGISTRESE, COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE.**

DIRECCIÓN REGIONAL PIURA  
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA  
Dr. Iván Oswaldo Calderón Castillo  
DIRECTOR EJECUTIVO  
C.M.P. 029179 - R.N.E. 028425

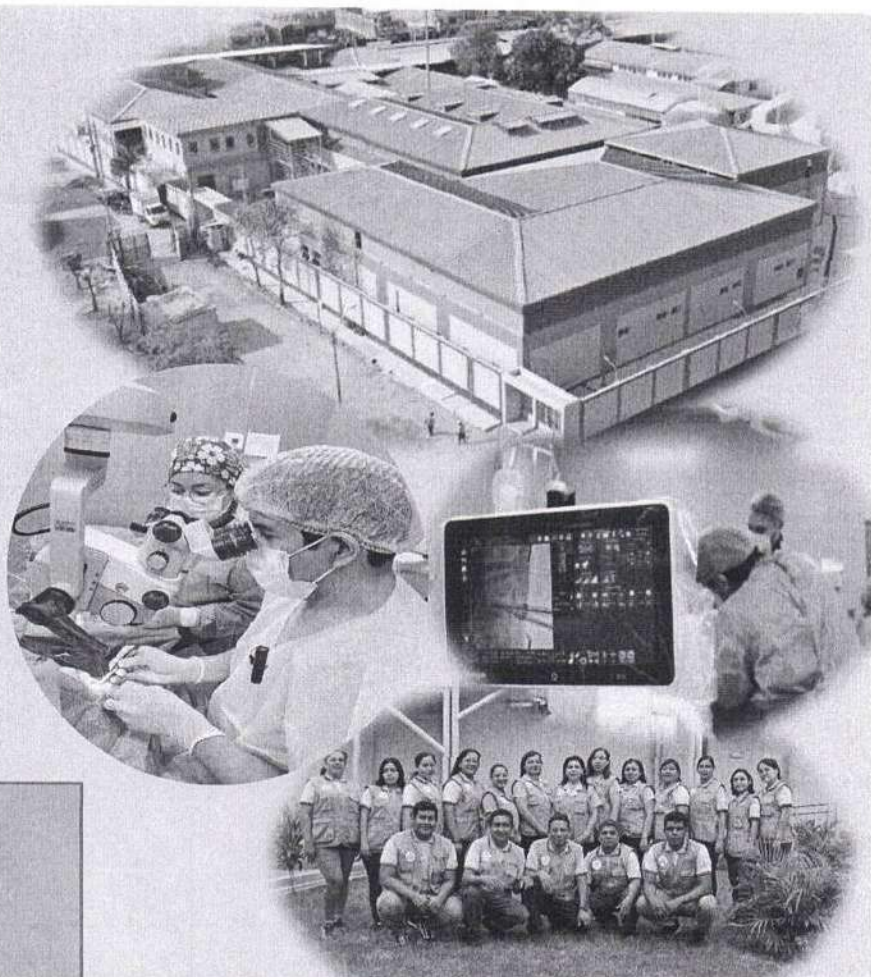
IOCC/JGRC/jacv



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital De Apoyo  
II-2 Sullana



# PLAN DE TRABAJO OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD AÑO 2025

Elaborado por la Oficina de Gestión de la Calidad del  
Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

Oficina de Gestión de la Calidad  
e-Mail: [hospitalsullana@hospitalsullana.gob.pe](mailto:hospitalsullana@hospitalsullana.gob.pe)  
[www.hospitalsullana.gob.pe](http://www.hospitalsullana.gob.pe)





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital De Apoyo  
II-2 Sullana

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA  
PERUANA"

## OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



### PLAN DE TRABAJO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA 2025



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital De Apoyo  
II-2 Sullana

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA  
PERUANA"

## RESPONSABLES

**MED. IVAN OSWALDO CALDERON CASTILLO**  
Director Ejecutivo del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

**ECON. JORGE SAAVEDRA GUEVARA**  
Supervisor de la Oficina de Administración del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

**ECON. JOSÉ GERARDO RIOFRIO CASTILLO**  
Supervisor de la Oficina de Planeamiento Estratégico del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

**MG. ADM. PILAR VILLALTA ESPINOZA**  
Supervisor de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

**BACH. ADM. LEYDY ESTEFANY RISCO SALDARRIAGA**  
Responsable del Área de Mejora Continua de la Calidad

**ABOG. ROSA ELIZBET JUÁREZ HERRERA**  
Responsable del Área de PAUS y Libro de Reclamaciones

**LIC. ENF. SONIA KIMBERLY VILLASECA RIVERA**  
Responsable de Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgo.

**LIC. ADM. LOURDES DEL PILAR HERRERA MENDOZA**  
Resp. Del Área de Acreditación del Hospital de Apoyo II-2 Sullana

**COMITE DE AUDITORIA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA.**

**COMITE DE AUDITORIA MEDICA EN SALUD DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA.**

**PIURA-PERÚ 2025**





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital De Apoyo  
II-2 Sullana

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA  
PERUANA"

## INDICE

|       |                                                                 |    |
|-------|-----------------------------------------------------------------|----|
| I.    | INTRODUCCIÓN .....                                              | 5  |
| II.   | FINALIDAD .....                                                 | 6  |
| III.  | JUSTIFICACIÓN .....                                             | 6  |
| IV.   | OBJETIVOS .....                                                 | 7  |
| 4.1.  | OBJETIVO GENERAL .....                                          | 7  |
| 4.2.  | OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....                                     | 7  |
| V.    | AMBITO DE APLICACIÓN .....                                      | 7  |
| VI.   | BASE LEGAL .....                                                | 7  |
| VII.  | METODOLOGÍA .....                                               | 8  |
| VIII. | NATURALEZA, FINES, VALORES, MISIÓN Y VISIÓN: .....              | 9  |
| 8.1.  | NATURALEZA: .....                                               | 9  |
| 8.2.  | FINALIDAD: .....                                                | 9  |
| 8.3.  | VALORES: .....                                                  | 9  |
| 8.4.  | MISIÓN: .....                                                   | 9  |
| 8.5.  | VISIÓN: .....                                                   | 9  |
| IX.   | DIAGNOSTICO INTERNO Y EXTERNO: .....                            | 10 |
| 9.1.  | FODA: .....                                                     | 10 |
| 9.2.  | ORGANIZACIÓN FUNCIONAL: .....                                   | 11 |
| X.    | LINEAS O EJES DE ACCIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE CALIDAD .....    | 11 |
| 10.1. | DEFINICIONES OPERACIONALES .....                                | 11 |
| 10.2. | DIMENSIONES DE LA CALIDAD .....                                 | 16 |
| 10.3. | PRINCIPIOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD .....  | 16 |
| 10.4. | COMPONENTES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD ..... | 17 |
| 10.5. | POLITICA NACIONAL DE CALIDAD .....                              | 18 |
| XI.   | ACCIONES PRIORITARIAS .....                                     | 20 |
| XII.  | DESARROLLO DE ACTIVIDADES .....                                 | 21 |
| XIII. | PRESUPUESTO: .....                                              | 23 |
| XIV.  | RESPONSABILIDADES: .....                                        | 23 |
| XV.   | CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....                                 | 24 |
| XVI.  | ANEXOS .....                                                    | 28 |



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital De Apoyo  
II-2 Sullana

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA  
PERUANA"

## I. INTRODUCCIÓN

El Hospital de Apoyo II-2 Sullana, es una entidad adscrita al Gobierno Regional Piura, siendo categorizado como Hospital de Tipo II-2, el cual se encuentra ubicado en la Av. Santa Rosa S/N.

Somos un establecimiento referencial de las regiones Piura y Tumbes, en el ámbito binacional de la cuenca Catamayo-Chira, que promueve la salud, previene los riesgos, protege del daño con énfasis en la recuperación de la salud y la rehabilitación de la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, desde su concepción hasta su muerte natural, con accesibilidad plena.

En ese sentido el Ministerio de Salud como órgano rector en materia de salud a nivel nacional propone integrar acciones a favor de la calidad impulsando la implementación un Sistema de Gestión de la Calidad en las instituciones de salud para lo cual aprueba con Resolución Ministerial N°519-2006-MINSA 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 expresada por el Ministerio de Salud el sistema incluye los componentes de planificación, organización, garantía, y mejora de la calidad de la información para la calidad dentro de la dirección estratégica de la institución, 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 tal sentido, la Oficina de Gestión de la calidad interviene de manera Oportuna en los procesos institucionales, y para ello se proponen actividades que permitan dirigir y monitorizar los procesos de Gestión de la Calidad en sus líneas de trabajo "Gestión del Proceso de Auditoría", "Gestión para la Cultura de la calidad, Mejora Continua y Acreditación", "Gestión del Riesgo y las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente", y "Gestión de la atención al usuario externo".

La Oficina de Gestión de la calidad es la unidad orgánica encargada de implementar el sistema de Gestión de la Calidad para promover la mejora continua de los procesos asistenciales y administrativos con la participación activa del personal.

La mejora continua de la calidad constituye la razón de ser de la Oficina de Gestión de la Calidad, donde todo problema encontrado es una oportunidad para mejorar. Además, la mejora constituye una exigencia ética, individual y organizacional de todos los trabajadores del hospital quienes estamos comprometidos de optimizar la calidad de atención de nuestro Hospital.



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital De Apoyo  
II-2 Sullana

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA  
PERUANA"

El presente plan de gestión de la calidad está siendo impulsado progresivamente en los sistemas de salud, desde el año 2008, a través de actividades de regulación y evaluación, así como intervenciones que promueven el aprendizaje de los prestadores y de las organizaciones de salud; dirigidos a la mejora continua que conlleven a garantizar la calidad en las intervenciones durante el cuidado de la salud de la población atendida en nuestra IPRESS.

La gestión de la calidad implica la transformación de la organización mediante el aprendizaje y la mejora permanente que surge como respuestas a las necesidades y expectativas de sus usuarios. Esto implica la implementación de los modelos de gestión de calidad que corresponde al sector salud, los cuales requieren optimizar el uso de sus recursos para ejecutar los procesos de desarrollo basados en estrategias locales de mejora de la calidad, a fin de alcanzar los mayores resultados posibles con las inversiones realizadas.

Finalmente, la Oficina de Gestión de la Calidad para el desarrollo de los objetivos planteados en el presente Plan de Trabajo, considera de vital importancia el recurso humano con el que cuenta la Unidad y por otra parte el compromiso de las Unidades de Organización para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Por ellos, el presente Plan de Gestión de la calidad 2025 del Hospital de Apoyo II – 2 de Sullana, actualmente tendrá la finalidad de fortalecer la calidad en la prestación de los servicios brindados, definiendo estrategias para su adecuado funcionamiento y estableciendo mecanismos que recojan las necesidades, requerimiento y expectativas de los usuarios, permitiendo la mejora continua de la calidad mediante sus áreas de trabajado: Área de Mejora Continua, Área de seguridad al paciente, Plataforma de atención al usuario y libro de reclamaciones, Área de Acreditación en Salud.

## II. FINALIDAD

Contribuir a la mejora de la Calidad de atención de salud en el marco de la Política Institucional de calidad en Salud, para beneficio de los usuarios del Hospital de Apoyo II-2 Sullana a través de una correcta y oportuna Mejora Continua.

## III. JUSTIFICACIÓN

La calidad de atención en salud incorpora como eje central, al usuario, orientando las acciones hacia la mejora continua de los servicios de salud, en base a las dimensiones de calidad tales como: la calidad técnica, humana y la del entorno, El sistema de gestión de la Calidad según el modelo del MINSA se basa en los componentes de la calidad de atención en salud como 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 a través de las consultas, reclamos, encuestas, entrevistas, mediciones de satisfacción del usuario, tiempos de espera, estudios de procesos que son insumos para la mejora continua en los servicios de salud.



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital De Apoyo  
II-2 Sullana

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA  
PERUANA"

#### IV. OBJETIVOS

##### 4.1. OBJETIVO GENERAL

Mejorar los procesos asistenciales y administrativos, a través de la organización y monitoreo de los componentes del Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

##### 4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fortalecer el proceso de proyectos y/o acciones de mejora continua.
- Fortalecer el Proceso de acreditación del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.
- Fortalecer y monitorear el desarrollo de las actividades enmarcadas en el proceso de seguridad del paciente.
- Fortalecer los mecanismos de escucha al usuario.
- Fortalecer y monitorear el desarrollo de las actividades enmarcadas en el Proceso de seguridad del paciente.
- Monitorear el Plan de auditoría de la calidad y auditoría médica en atención en salud 2025.
- Organizar y monitorizar la Gestión del Proceso de Auditoría en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

#### V. AMBITO DE APLICACIÓN

El Presente Plan de Trabajo es de conocimiento, aplicación y cumplimiento obligatorio por todo el personal de la Oficina de Gestión de la Calidad, así como se aplicará en todos los Departamentos, Oficinas, servicios y áreas de asistencia Directa o Indirecta al Usuario Externo del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

#### VI. BASE LEGAL

- Ley N° 26842 - "Ley General de Salud" y sus modificatorias.
- Ley N° 29344, que aprueba la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud".
- Ley N° 27806, Ley de acceso a la información.
- Ley N° 27815, Ley del código de ética de la Función Pública.
- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, Se aprueba el documento técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud"
- Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para elaboración de proyectos de mejora y aplicación de técnicas y herramientas para la Gestión de la Calidad.
- Resolución Ministerial N° 692-2012/MINSA, Declaran la cuarta semana del mes de septiembre de cada año como la "Semana de la Calidad en Salud."
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba 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."
- Resolución Directoral N° 503-2021GOB.REG.PIURA.DRSP.430020161 (16.07.2021).





- Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 1263-2004/MINSA que aprueba la Directiva N° 047-2004-DGSP/MINSA-V.01, "Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Decreto Supremo N° 002-2019-SA, Aprueban Reglamento para la Atención 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 y mixtas.
- Decreto Supremo N°036-2023-SA.
- Resolución Ministerial N°163-2020- que aprobó la Directiva Sanitaria N°092 "Rondas de seguridad del paciente para la Gestión del Riesgo en Atención de Salud."
- Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, se aprobó la "Norma Técnica de salud para la Acreditación de establecimientos de salud".
- Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA "Guía Técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud".
- Resolución Ministerial N°491-2012/MINSA "Listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud con categoría II-2".

## VII. METODOLOGÍA

La gestión de la calidad implica la transformación de la organización mediante el aprendizaje y la mejora permanente que surge como respuestas a las necesidades y expectativas de sus usuarios. Esto implica la implementación de los modelos de gestión de calidad que corresponde al sector salud, los cuales requieren optimizar el uso de sus recursos para ejecutar los procesos de desarrollo basados en estrategias locales de mejora de la calidad, a fin de alcanzar los mayores resultados posibles con las inversiones realizadas.

La OMS, define la calidad como "la medida en la cual los servicios de salud que se ofrecen a individuos y poblaciones de pacientes mejoran los resultados de salud deseados. Para lograr esto, la atención médica debe ser segura, efectiva, oportuna, eficiente, equitativa, y centrada en las personas".

La Oficina de Gestión de la Calidad tiene a su cargo las líneas de trabajo del Sistema de Gestión de la Calidad aprobado por el Ministerio de Salud con RM N° 519-2005/MINSA, son las siguientes:

- Acreditación.
- Auditoria.
- Atención al Usuario.
- Información para la Calidad.
- Mejora Continua.
- Seguridad del Paciente.



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital De Apoyo  
II-2 Sullana

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA  
PERUANA"

## VIII. NATURALEZA, FINES, VALORES, MISIÓN Y VISIÓN:

### 8.1. NATURALEZA:

La oficina de Gestión de la Calidad es un Órgano asesor de la Dirección Ejecutiva.

### 8.2. FINALIDAD:

Contribuir a la mejora de la Calidad de atención de salud que se brinda a los pacientes del Hospital de Apoyo II-2 Sullana a través de una correcta y oportuna Mejora Continua.

### 8.3. VALORES:

- Orientados y comprometidos con el paciente: Comprometidos con una forma de trabajar más justa con cada uno de los pacientes, porque son ellos el motivo y el centro de nuestra actividad. Nuestro objetivo es que cada paciente reciba la atención precisa, en el momento preciso, por parte del profesional preciso.
- Orientados hacia la calidad: A través de una actitud proactiva y con el objetivo de mejorar día a día el servicio que prestamos en cualquier ámbito de nuestra actividad.
- Orientados a la innovación y la tecnología: La Innovación Médica como eje diferencial de nuestra propuesta sanitaria. A la vez, la tecnología como elemento facilitador de la relación con el paciente y todas las personas que interactúan con Nuestro Hospital en su actividad diaria ya sean pacientes, familiares o colaboradores de cualquier tipo.

### 8.4. MISIÓN:

Tenemos como Misión el compromiso con la sociedad de prestar una atención sanitaria de Calidad hacia el Usuario, basándonos en promover la mejora continua en la atención, asistencial, administrativa y de mejor accesibilidad y satisfacción del usuario.

### 8.5. VISIÓN:

Nuestra visión es seguir implantando e impulsando una buena atención y buen trato al usuario, para lo cual aspiramos en seguir mejorando los estándares de calidad en salud en lo asistencial y administrativo, con participación activa del personal en la satisfacción del usuario interno y externo.



IX. DIAGNOSTICO INTERNO Y EXTERNO:

9.1. FODA:

De manera general podemos referir las Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y amenazas del entorno donde se realizan las actividades.

| FORTALEZAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | DEBILIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Personal comprometido e identificado con el logro de los objetivos institucionales.</li><li>▪ Personal profesional calificado y con experiencia</li><li>▪ Comunicación y trabajo en equipo.</li><li>▪ Capacidad del personal para resolver problemas, quejas y reclamos.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Infraestructura de la Unidad no adecuada, se cuenta con espacios limitados.</li><li>▪ Falta de tecnología y equipos periféricos.</li><li>▪ Fortalecer el sistema de capacitaciones externas.</li><li>▪ Falta de Recursos Humanos (PAUS).</li><li>▪ Aptitudes renuentes por parte del personal asistencial s las nuevas mejoras.</li></ul> |
| OPORTUNIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | AMENAZAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Alianzas con otros hospitales nacionales a fin de fortalecer el sistema de Calidad en Salud.</li><li>• Oportunidades de mejora continua, gestión por procesos, orientación al ciudadano.</li></ul>                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"><li>• No contar con Disponibilidad Presupuestal para la Oficina de Gestión de la Calidad.</li><li>• No estar Contemplados dentro del POI Institucional.</li><li>• Mejoras Tecnológicas.</li></ul>                                                                                                                                               |



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital De Apoyo  
II-2 Sullana

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA  
PERUANA"

## 9.2. ORGANIZACIÓN FUNCIONAL:



- Resolución Ejecutiva Regional N° 1147-2024/GOB.REG.PIURA-DRSP.430020161 Cargo de Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.
- Resolución Ejecutiva Regional N° 1147-2024/GOB.REG.PIURA-DRSP.430020161 Cargo de Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.
- Resolución Directoral N°517-2019/GOB.REG.PIURA-DRSP.430020161, Responsable de la Mejora Continua de la Calidad del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.
- Resolución Directoral N°56-2024/GOB.REG.PIURA-DRSP.430020161, Responsable de la Plataforma de Atención al Usuario y Libro de Reclamaciones.
- Resolución Directoral N°503-2021/GOB.REG.PIURA-DRSP.430020161, Responsable del área de Acreditación del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.
- Resolución Directoral N°203-2022/GOB.REG.PIURA-DRSP.430020161, Responsable del área de Seguridad del Paciente del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

## LINEAS O EJES DE ACCIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE CALIDAD

### 10.1. SIGLAS

|      |   |                                                  |
|------|---|--------------------------------------------------|
| DE   | : | Dirección Ejecutiva                              |
| GPC  | : | Guía de Práctica Clínica                         |
| HAS  | : | Hospital de Apoyo II-2 Sullana                   |
| IAAS | : | Infecciones Asociadas a la atención de la Salud. |



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital De Apoyo  
II-2 Sullana

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA  
PERUANA"

**IPRESS** : Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

**MINSa** : Ministerio de Salud

**OGC** : Oficina de Gestión de la Calidad.

## 10.2. DEFINICIONES OPERACIONALES

### 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 la calidad y se llevan a cabo mediante planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.

### Sistema de Gestión de la Calidad en Salud

Es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud y sus dependencias públicas y privadas a nivel nacional, regional, local, en lo relativo a la calidad de atención y de la gestión.

**Acciones de mejora:** Conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización que agregan valor a los productos.

**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.

**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.

**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.

**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.

**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.

**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.

**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.

**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.

**Autoevaluación:** Es la fase inicial obligatoria inicial del proceso de acreditación, para lo cual es necesario contar con un equipo institucional de evaluadores internos.

**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.

**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:

- a) Directivas Administrativas: Cuando están dirigidas a temas del ámbito administrativo.
- b) Directivas Sanitarias: Cuando están dirigidas a temas del ámbito sanitario

**Documento Normativo:** Es todo aquel documento interno aprobado 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.



**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. Se consideran Documentos Técnicos aquellos que abordan aspectos como "Doctrinas", "Lineamientos de Políticas", "Planes", "Manuales" entre otros.

### 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 por el usuario en términos de seguridad, eficacia, eficiencia y satisfacción del usuario.

### Instrumentos de Calidad

Mecanismos tangibles utilizados para alcanzar el propósito del sistema de Gestión de Calidad (Encuesta de satisfacción del usuario interno y externo), formatos para evaluación, Matriz de análisis de resultados de autoevaluación, Matriz para la elaboración de proyectos de Mejora Continua de la Calidad.

### Equipo de Gestión de la Calidad

Grupo de personas que trabajan para promover la evaluación de los servicios de salud, a fin de identificar problemas e implementar soluciones en base a una metodología sostenible para el mejoramiento de la calidad.

### Usuario Externo

Persona que acude a un establecimiento de salud para recibir una atención de salud de manera continua y con calidad, en el contexto de la familia y comunidad.

### Satisfacción al Usuario Externo

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

### Cultura de Seguridad

Es el patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de atención en salud.

### Mejora Continua

Metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda la organización, a partir de los instrumentos de la garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia.



### Plataforma de atención al usuario- PAUS y Libro de Reclamaciones

Es una plataforma de escucha al usuario externo, a través de la cual se podrá atender las opiniones, consultas, reclamos, etc. Sobre los diversos servicios que brinda el hospital.

Libro de reclamaciones, aprobado por Decreto Supremo N° 042-2011-PMC, es un mecanismo de escucha al usuario externo que se pone a disposición de ellos para que registren sus reclamos y al cual se debe dar una respuesta para poder tomar las medidas correctivas y no vuelva a ocurrir situación similar en el futuro.

### Medición del grado de satisfacción del usuario externo e interno

La evaluación de la calidad de servicio desde la percepción del Usuario Externo constituye una medida de calidad del servicio a la vez que brinda información importante para acciones de mejora continua de la calidad de atención. dicha evaluación se desarrolla mediante la encuesta SERVQUAL, una herramienta de escala multidimensional para evaluar la calidad del servicio, brindado en las Instituciones.

La evaluación del usuario interno, es un proceso de resultado de atención para que cada uno de los profesionales, técnicos, administrativos y auxiliares, realicen su actividad en un clima laboral óptimo que asegure el ejercicio de su función en forma efectiva y que dignifique aún más su condición de ser humano.

### Acreditación

La Acreditación es el proceso de evaluación externa, periódico que se basa en la comparación del desempeño del hospital según el listado de estándares para la acreditación, orientada a promover la mejora continua de la calidad en salud.

Proceso de evaluación interna desarrollado por un grupo de evaluadores Internos del hospital previamente capacitados quienes, aplicando el listado de estándares, el mismo que cuenta con 22 Macroprocesos los mismos que identifican fortalezas y áreas susceptibles de mejora.

### Seguridad del Paciente

La Seguridad del Paciente es un concepto clave de la calidad asistencial que incluye un conjunto de actuaciones orientadas a reducir y mitigar los sucesos adversos producidos como consecuencia del proceso de atención a la salud. Es así, que el Ministerio de Salud estableció lineamientos generales para la implementación de planes y estrategias para la Seguridad del Paciente, plasmados en documentos técnicos.

### Auditoría en Salud

Es uno de los mecanismos reconocidos para verificar, evaluar y mejorar la calidad de atención en los servicios de salud, constituyéndose así en una herramienta de mejoramiento continuo de procesos, enfatizando que no tiene objetivos punitivos y está orientada principalmente a proteger los derechos de los usuarios de nuestro hospital.

### Convenio de Gestión

Establecer la metodología de medición de las metas Institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora para la entrega económica al personal de la salud al servicio del estado (Art. 15 del DL.N° 1153).





### 10.3. DIMENSIONES DE LA CALIDAD

1. **DIMENSIÓN TÉCNICO CIENTÍFICA.** - Referida a los aspectos científico-técnicos de la atención, cuyas características básicas son:
  - a. Efectividad, referida al logro de cambios positivos (efectos) en el estado de salud del paciente que acude a nuestra institución.
  - b. Eficacia, referida al logro de los objetivos en la prestación del servicio de salud a través de la aplicación correcta de las normas técnicas y administrativas.
  - c. Eficiencia, uso adecuado de recursos estimados para obtener los resultados esperados
  - d. Continuidad, prestación interrumpida del servicio, sin paralizaciones o repeticiones innecesarias.
  - e. Seguridad, la forma que se prestan los servicios de salud determinada por la estructura y los procesos de atención que buscan optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario externo.
  - f. Integralidad, que el usuario reciba las atenciones de salud que su caso requiere y que se exprese en un interés por la condición de salud del acompañante.
2. **DIMENSIÓN HUMANA.** - refiere en el aspecto interpersonal de la atención, y que a su vez tiene las siguientes características:
  - a. Respeto a los derechos, a la cultura y a las características individuales de la persona (usuario externo).
  - b. Información completa, veraz, oportuna y entendida por el usuario o por quien es responsable de él o ella.
  - c. Interés manifiesto en la persona, en sus percepciones, necesidades y demandas; a lo que asimismo valido para el usuario interno.
  - d. Amabilidad, trato cordial, cálido y empático en la atención.
3. **DIMENSIÓN ENTORNO.** - referida a las facilidades que la institución dispone para la mejor prestación de los servicios y que generan valor agregado para el usuario.
  - a. *Implica un nivel básico de comodidad, ambientación, limpieza, orden, privacidad y el elemento de confianza que percibe el usuario por el servicio.*

### 10.4. PRINCIPIOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

- **Enfoque a Usuario:** como Hospital prestador de servicios de salud, dependemos de los usuarios, por lo tanto, debemos entender sus necesidades presentes y futuras, satisfacer sus demandas y esforzarnos para exceder sus expectativas.
- **Liderazgo:** El cumplimiento de los objetivos de calidad, requiere que la alta dirección conduzca a la mejora continua de nuestra institución.



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital De Apoyo  
II-2 Sullana

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA  
PERUANA"

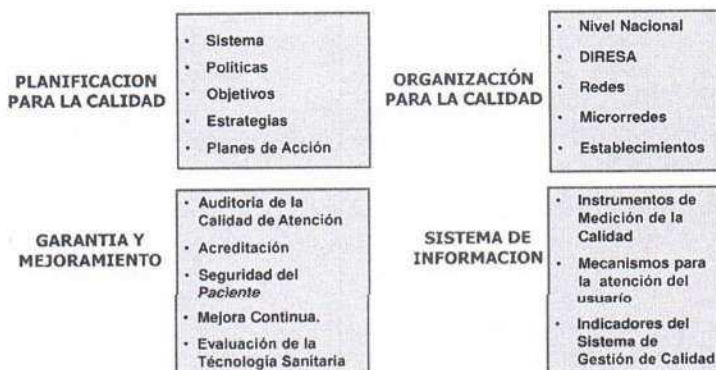
- **Participación del Personal:** los colaboradores de la institución, en todos los niveles es la esencia de la organización, ya que mediante su compromiso posibilita el uso de sus habilidades y conocimientos en beneficio de la calidad.
- **Toma de decisiones basadas en evidencias:** las decisiones eficaces se basan en el análisis de datos y la información (medición de la satisfacción del usuario y tiempos de espera).

## 10.5. COMPONENTES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

El sistema de Gestión de la Calidad en Salud, se estructuran en función de cuatro componentes:

- **Planificación para la calidad,** permite definir los objetivos y las políticas generales de calidad en nuestra institución, a partir de los cuales se articularán los esfuerzos posteriores de compromiso y participación en el proceso y desarrollo de la implementación del sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- **Organización para la Calidad,** es el diseño organizacional (equipos de trabajo, comités) que permite llevar a cabo las funciones de calidad en nuestra institución.
- **Garantía y mejora de la calidad,** conjunto de acciones que se llevan a cabo para regular y evaluar el desempeño de un servicio brindado en forma continua y cíclica, de tal manera que la atención prestada sea más efectiva, eficaz y segura posible orientada en la satisfacción del usuario.
- **Información para la calidad,** conjunto de estrategias, metodologías, instrumentos y procedimientos que permitan contar con evidencias de manera permanente y organizada de la calidad de atención y niveles de satisfacción de los usuarios.

### COMPONENTES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD





## 10.6. POLÍTICA NACIONAL DE CALIDAD

1. **PRIMERA POLITICA: GARANTIZA EL DERECHO A LA CALIDAD DE ATENCIÓN:** La Autoridad Sanitaria es garante del derecho a la calidad de la atención de salud brindada por las organizaciones proveedoras de atención de salud, públicas, privadas y mixtas; mediante:

(a) la formulación y aprobación de la política nacional de calidad, los objetivos, estrategias, normas y estándares para su implementación, control y evaluación.  
(b) la verificación de su cumplimiento por las organizaciones proveedoras de 21 atención de salud.

Objetivo: Fortalecer la rectoría de la Autoridad Sanitaria en el campo de la calidad de la atención, en el ámbito nacional.

2. **INFORMA Y RINDE CUENTAS:** La Autoridad Sanitaria, en su respectivo nivel, es responsable de informar y rendir cuentas a la ciudadanía sobre la calidad de la atención y promover la vigilancia social de la misma.

Objetivo: Informar y difundir en el ámbito institucional y social el nivel de la calidad de la atención de salud.

3. **FOMENTA Y DIFUNDE BUENAS PRÁCTICAS:** La Autoridad Sanitaria, en su nivel correspondiente, fomenta y difunde las buenas prácticas de atención de la salud y establece incentivos a las organizaciones proveedoras de atención de salud que logren mejoras en la calidad de la atención.

Objetivo: Establecer y difundir la cultura de la calidad, orientada al desarrollo de buenas prácticas en la atención de salud en las organizaciones proveedoras.

4. **PROMUEVE PRODUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO EN CALIDAD:** La Autoridad Sanitaria, en su nivel correspondiente, promueve la producción y difusión del conocimiento científico, así como, de la producción tecnológica en el campo de la calidad de la atención.

Objetivo: Ampliar y fortalecer los conocimientos y tecnologías nacionales en el campo de la calidad de la atención.

5. **ASIGNA RECURSOS PARA SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE LA POLITICA:** La Autoridad Sanitaria, en su nivel correspondiente, asigna los recursos para el seguimiento y la evaluación del cumplimiento de las políticas nacionales de calidad, que son implementadas por las organizaciones proveedoras de atención de salud.

Objetivo: Asegurar el cumplimiento de las políticas nacionales de calidad.

6. **IMPLEMENTA PLITICAS DE CALIDAD:** Las organizaciones proveedoras de atención de salud, establecen y dirigen las estrategias de implementación de la política nacional de calidad, mediante sistemas y procesos organizacionales orientados al desarrollo de una cultura centrada en las personas y que hace de la mejora continua su tarea central.

Objetivo: Garantizar la adecuada implementación de las políticas nacionales de calidad.



7. **CUMPLE NORMAS Y ESTANDARES DE CALIDAD:** Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración cumplan las normas y estándares de infraestructura, de equipamiento, de aprovisionamiento de insumos, de procesos y resultados de la atención; aprobados por la Autoridad Sanitaria e implementen acciones de mejora de la calidad de la atención.  
Objetivo: Mejorar la calidad de la atención de salud de manera sistemática y permanente.
8. **GESTIONA RIESGOS DE LA ATENCIÓN:** Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, implementen mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud.  
Objetivo: Reducir la ocurrencia de eventos adversos durante el proceso de atención de salud y atenuar sus efectos.
9. **PROTEGEN DERECHOS DE LOS USUARIOS Y TRATO DIGNO:** Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, protejan los derechos de los usuarios, promuevan y velen por un trato digno, asimismo, fomenten prácticas de atención adecuadas a los enfoques de interculturalidad y género y brinden las facilidades para el ejercicio de la vigilancia ciudadana de la atención de salud.  
Objetivo: Garantizar el pleno ejercicio del derecho a la salud de los usuarios con enfoque de interculturalidad y género.
10. **GARANTIZA COMPETENCIAS Y PROTEGE AL TRABAJADOR DE LOS RIESGOS LABORALES:** Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, garanticen las competencias laborales de los trabajadores que proveen la atención, brinden adecuadas condiciones de trabajo y protección frente a los riesgos laborales e incentiven a sus trabajadores en relación a la mejora de la calidad de la atención.  
Objetivo: Garantizar la competencia, seguridad y motivación del personal de salud.
11. **ASIGNA RECURSOS PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD:** Las organizaciones proveedoras de atención de salud asignan a los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, los recursos necesarios para la gestión de la calidad de la atención de salud.  
Objetivo: Asegurar los recursos necesarios para la gestión de la calidad de la atención en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
12. **EJERCE Y VIGILA ATENCIÓN CON CALIDAD:** Los ciudadanos, ejercen y vigilan el respeto a su derecho a la atención de salud con calidad y se corresponsabilizan del cuidado de su salud, la de su familia y la comunidad, contando para ello con el apoyo de la Autoridad Sanitaria.



PERÚ

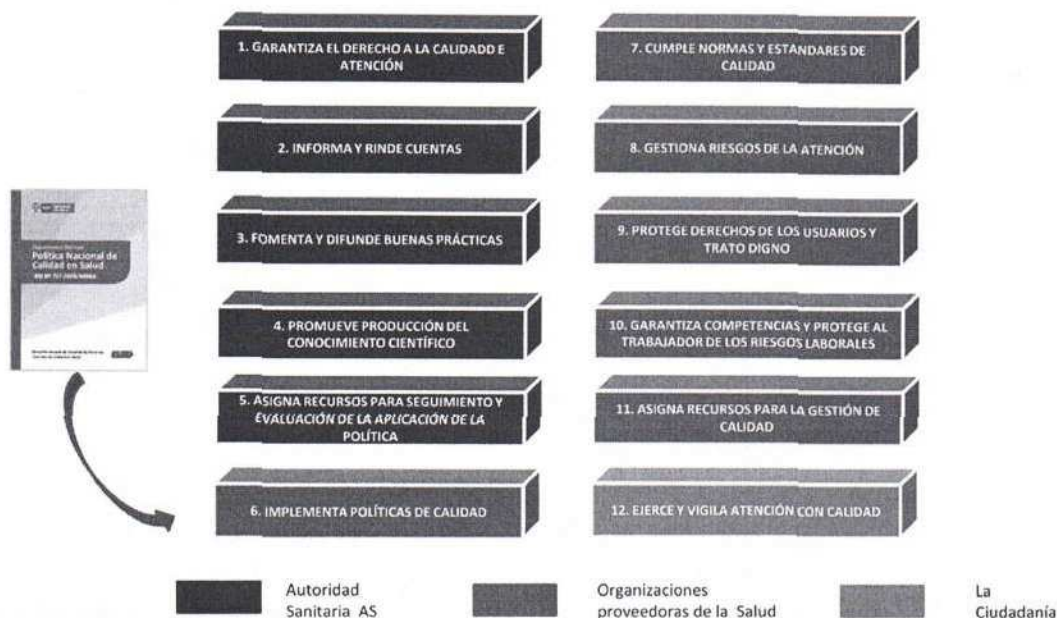
Ministerio  
de Salud

Hospital De Apoyo  
II-2 Sullana

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA  
PERUANA"

Objetivo: Garantizar la participación ciudadana en la vigilancia de la calidad de la atención de salud.

## Política Nacional de Calidad



## XI. ACCIONES PRIORITARIAS

- Formular e implementar proyectos de mejora continua de la calidad.
- Continuar desarrollando el proceso de autoevaluación, en el marco de la acreditación.
- Promover y fortalecer el sistema de registro, notificación y análisis de la ocurrencia de eventos adversos.
- Ejecutar las rondas de seguridad del paciente en los diferentes servicios asistenciales del Hospital.
- Realizar la auditoria de la Calidad de atención en salud para fortalecer la calidad del servicio.
- Determinar el nivel de satisfacción del usuario externo para impulsar el desarrollo de proyectos de mejora continua de la calidad.
- Monitorear e implementar mejoras en base a las sugerencias registradas a través de los módulos de escucha al usuario (Plataforma de Atención al Usuario, Buzón de sugerencias y Libro de Reclamaciones).
- Promover los Deberes y Derechos del usuario y buen trato hacia el paciente.
- Implementar el uso de protocolos de Atención, Guías de Práctica Clínica, Manuales de Procedimientos para mejorar la Calidad de Atención.



## XII. DESARROLLO DE ACTIVIDADES

### 12.1. MEJORA CONTINUA:

- Elaborar el Plan de Mejora Continua de la Calidad.
- Monitoreo, supervisión y evaluación de Indicadores de Desempeño y compromisos de mejora (Bono de metas)
- Reuniones de trabajo para la implementación de acciones de mejora
- Determinar acciones de mejora y monitoreo de cumplimiento
- Reunión de socialización del convenio de gestión 2025
- Emitir actos resolutivos de los diferentes comités y equipos para la mejora de la calidad de atención en salud a la Dirección Regional de Salud en los plazos establecidos.
- *Monitoreo y seguimiento de las fichas técnicas del Convenio de Gestión 2023, junto a cada uno de los Responsables de los Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora.*
- Formular y Ejecutar Proyectos de mejora continua de la Calidad.

### 12.2. PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO Y LIBRO DE RECLAMACIONES

- Elaborar el plan de trabajo de la Plataforma de atención al usuario y libro de reclamaciones.
- Conformar el comité de relaciones con el usuario externo.
- Fortalecer la continuidad de los módulos de escucha al usuario externo.
- Atender el libro de reclamaciones
- Elaborar informes periódicos del libro de reclamaciones.
- Elaborar el informe final de la plataforma de atención al usuario.
- Elaboración de Plan de Trabajo de encuesta SERVQUAL
- Ejecución de la encuesta de satisfacción al Usuario.
- Emitir el informe final con los resultados, conclusiones y recomendaciones de la encuesta SERVQUAL.

### 12.3. ACREDITACIÓN:

- Elaboración del Plan de acreditación 2025.
- Conformación del equipo de acreditación y emitir el acto resolutivo de aprobación.
- Conformar el equipo de evaluadores Internos por la Oficina de Gestión de la calidad, el mismo que debe ser aprobado con Resolución Directoral.
- Realizar reuniones de coordinación con los diferentes Departamentos, Unidades. Oficinas y servicios a fin de socializar las observaciones en el proceso de autoevaluación anterior.
- Programar capacitaciones a los equipos de autoevaluación y Acreditación
- Elaboración y aprobación del Plan de Autoevaluación para la acreditación
- Reunión de apertura con el propósito de generar un espacio de coordinación de la alta dirección, los jefes y/o responsables de servicios, oficinas y departamentos.
- Ejecutar el plan de autoevaluación que comprende la realización de la evaluación interna de acuerdo a las acciones planificadas en los términos previstos en el plan, a cargo de los evaluadores internos y los evaluados designados, quienes deben interactuar.
- Realizar la reunión de cierre para presentar los resultados obtenidos en la autoevaluación y presentar las recomendaciones mayores.



- Elaboración del informe de autoevaluación será remitido a DIRESA-PIURA y a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad del MINSA.
- Realizar Seguimiento e Implementación De Las Recomendaciones.

#### 12.4. SEGURIDAD DEL PACIENTE:

- Elaborar el Plan de Seguridad del Paciente y gestión del riesgo en salud.
- Conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del año 2025.
- Programación de Rondas de Seguridad del Paciente en las diferentes UPSS, a través de un Cronograma Anual.
- Elaborar informes semestrales de la aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente - 12 Rondas (una por mes).
- Socializar informes semestrales a las jefaturas de departamentos y/o servicios, correspondientes a la aplicación de Rondas de Seguridad del Pacientes
- Realizar Rondas hospitalarias a que se cumplan las acciones de mejora.
- Programación para capacitación de Seguridad del Paciente (Rondas de Seguridad y Sistema de registro, notificación y análisis de incidentes, eventos adversos y eventos centinela) por departamentos y/ servicios.

#### 12.5. COMITÉ DE AUDITORIA DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD:

- Conformar el comité de auditoría de la Calidad en Salud.
- Elaborar el Plan de Trabajo de auditoria de la Calidad en Salud.
- Ejecutar acciones de auditoria Internas a fin de evaluar la atención de Salud brindada a los Usuarios desde la perspectiva de la Calidad.
- Realizar seguimiento e implementación de recomendaciones.

#### 12.6. COMITÉ DE AUDITORIA MEDICA EN SALUD:

- Elaborar el Plan de Trabajo de Auditoria Medica de Calidad.
- Promover el perfeccionamiento de Nivel de la atención Médica, constituyendo un valioso instrumento para la educación continua, basada en el mecanismo de la autocritica e integrando a toda la institución comprometida en la atención brindada.
- Determinar la calidad de la atención médica en los servicios que presta la institución.
- Estimar el grado de coordinación alcanzada, entre los diferentes servicios que actúan en forma conjunta, para atender al paciente.
- Disminuir los índices de ocupación, intervalo de sustitución al valorar el número y tipo de pacientes que permanecen hospitalizados un tiempo mayor del necesario y que podrán tratarse como externos. Este objetivo se aplica a Hospitalización en el análisis de las historias clínicas solicitadas.
- Coordinar, interpretar y promover las relaciones de trabajo de los médicos entre sí, con las autoridades y los usuarios.
- Examinar los datos obtenidos a efectos de identificar índices de rendimiento en las áreas de atención médica para posteriormente corregir sus desviaciones.
- Proporcionar al médico, un instrumento de auto-evaluación de su experiencia clínica, para contribuir en la superación profesional del mismo.



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital De Apoyo  
II-2 Sullana

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA  
PERUANA"

### XIII. PRESUPUESTO:

Los recursos presupuestales que se requieran para la ejecución del presente plan será con cargo de la disponibilidad presupuestal de Acciones Administrativas del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

### XIV. RESPONSABILIDADES:

#### 14.1. OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

- Dirigirá el monitoreo, seguimiento y evaluación del presente Plan de Trabajo.
- Desarrollará la asistencia técnica en el marco de su competencia.
- Fomentar la colaboración y comunicación entre los órganos y unidades orgánicas e incentivar la validación e implementación de metodologías de mejoramiento continuo de la atención en salud y gestión, que tengan como finalidad establecer practicas humanizadas, seguras, coordinadas y transparentes.
- Apoyar, difundir y promover las prácticas de gestión exitosas expuestas a través de los proyectos y/o acciones de mejora continua.

#### 14.2. DEPARTAMENTOS, UNIDADES, AREAS, OFICINAS Y SERVICIOS

- Adoptar y colaborar con la implementación del presente Plan.
- Socializar el presente Plan.
- Fomentar la cultura de la mejora continua en sus servicios.



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital De Apoyo  
II-2 Sullana

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA  
PERUANA"

XV. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| ACTIVIDADES/TAREAS                                                                                                                                                    | UNIDAD DE MEDIDA                          | META | C R O N O G R A M A |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|                                                                                                                                                                       |                                           |      | E                   | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D |
| ACTIVIDAD 1: Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad (RM N°519-2006/MINSA)                                                                                      |                                           |      |                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| TAREA N°1: Conformación de Equipo Técnico de Gestión de la Calidad en Salud.                                                                                          | Documento de Conformación de equipo.      | 1    | X                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| TAREA N°2: Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad en Salud.                                                                                                    | Plan elaborado                            | 1    | X                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| TAREA N°3: Aprobar el Plan de Gestión de la Calidad en Salud.                                                                                                         | Documento de aprobación remitido a DIRESA | 1    | X                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| TAREA N°4: Evaluación del Plan de Gestión de la Calidad.                                                                                                              | Informe                                   | 2    |                     |   |   |   |   | X |   |   |   |   |   | X |
| ACTIVIDAD 2: Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía ( RM N°1021-2010/MINSA)                                                         |                                           |      |                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| TAREA N°1: Conformación del Equipo Conductor de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.                                                               | Documento de Conformación de equipo.      | 1    |                     | X |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| TAREA N°2: Designar a coordinador (a) de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.                                                                      | Documento de designación.                 | 1    |                     | X |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| TAREA N°3: Aprobar el Plan de Trabajo del Equipo Conductor de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.                                                 | Plan elaborado                            | 1    |                     | X |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| TAREA N°4: Monitoreo de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía                                                                   | Informe trimestral remitido a DIRESA      | 4    |                     |   | X |   |   | X |   |   |   | X |   | X |
| TAREA N°5: Consolidado trimestral de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.                                                     | Informe Semestral remitido a DIRESA       | 4    |                     |   |   | X |   | X |   |   |   | X |   | X |
| ACTIVIDAD 3: Implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Incidentes o Eventos Adversos en Salud (DS N°013-2006/SA - RM N°727-2009/MINSA) |                                           |      |                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| TAREA N°1: Conformación de Equipo de Seguridad del paciente                                                                                                           | Documento de conformación de equipo.      | 1    | X                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |



OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA  
PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2025

[illegible]

[illegible]

| ACTIVIDAD 9: Medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa, hospitalización y emergencia (RM N°527-2011/MINSA) |                                      |   |  |  |  |  |  |  |  |   |  |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|---|--|---|
| TAREA N°1: Conformación de equipo de trabajo para la medición de la satisfacción de usuario externo.                                 | Documento de conformación de equipo. | 2 |  |  |  |  |  |  |  | X |  | X |
| TAREA N°2:Elaboración y aprobación de plan para la evaluación de satisfacción de usuario externo.                                    | Plan elaborado                       | 2 |  |  |  |  |  |  |  | X |  | X |
| TAREA N°3: Evaluación de la medición de la satisfacción de los usuarios externos en consulta externa.                                | Reporte                              | 1 |  |  |  |  |  |  |  | X |  | X |
| TAREA N°4: Informe técnico con resultados del aplicativo                                                                             | Informe remitido a DIRESA            | 1 |  |  |  |  |  |  |  | X |  | X |





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital De Apoyo  
II-2 Sullana

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA  
PERUANA"

## XVI. ANEXOS



# Decreto Supremo

N°022 -2024-SA

DECRETO SUPREMO QUE DEFINE EL LISTADO DE LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS A CUMPLIR EN EL AÑO 2025, LAS FICHAS TÉCNICAS Y LOS SCRIPTS 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

LA PRESIDENTA DE LA REPÚBLICA

### CONSIDERANDO:

Que, el Decreto Legislativo N° 1153, que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del personal de la salud al servicio del Estado, tiene la finalidad de que el Estado alcance mayores niveles de equidad, eficacia, eficiencia y *preste efectivamente servicios de calidad en materia de salud al ciudadano*, a través de una política integral de compensaciones y entregas económicas que promueva el desarrollo del personal de salud al servicio del Estado;

Que, el artículo 15 del mencionado Decreto Legislativo dispone que la asignación por cumplimiento de metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, es la entrega económica que se otorga una vez al año, al personal de los establecimientos de salud, redes y microrredes del Ministerio de Salud, sus organismos públicos y gobiernos regionales, por el cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios; asimismo, dispone que dichas metas, indicadores y compromisos deben redactarse en términos simples, para su adecuada comprensión, y deben ser cuantificables, a efectos de su evaluación y fiscalización; y que su publicación y difusión debe efectuarse a más tardar el 31 de diciembre del año anterior al ejercicio presupuestal al que corresponden;

Que, el numeral 41.6 del artículo 41 de la Ley N°32185, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2025, dispone que, para la asignación por cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios alcanzados en el Año Fiscal 2025 en el marco de lo dispuesto en el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, cuyo pago se realiza en el Año Fiscal



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital De Apoyo  
II-2 Sullana

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA  
PERUANA"



2025, el Ministerio de Salud aprueba, mediante decreto supremo refrendado por el Ministro de Economía y Finanzas y por el Ministro de Salud, a propuesta de este último, el listado de indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, relacionados a los programas presupuestales asociados a dichos pagos, y otras prioridades sanitarias definidas por la autoridad sanitaria nacional, las fichas técnicas y los scripts para replicar y contrastar los indicadores de desempeño que se aprueben mediante el decreto supremo antes mencionado; asimismo, dicho decreto deberá establecer los criterios técnicos para el fortalecimiento y uso de los sistemas de información establecidos por la autoridad sanitaria nacional que permitan el registro de los servicios prestados por el personal asistencial de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) y de los gobiernos regionales. Asimismo, se dispone que el citado dispositivo legal se publica en concordancia con los plazos de publicación establecidos en el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153;

Que, en este contexto, y como parte del fortalecimiento del Sector Salud, debe aprobarse para el Año 2025 el listado de indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, las fichas técnicas, los scripts y los criterios técnicos para el fortalecimiento y uso de los sistemas de información, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, para incentivar y garantizar la continuidad, oportunidad y calidad de los servicios en beneficio de la población;

De conformidad con lo establecido en el numeral 8) del artículo 118 de la Constitución Política del Perú, la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, y el numeral 41.6 del artículo 41 de la Ley N° 32185, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2025;

#### DECRETA:

#### Artículo 1.- Objeto

El presente Decreto Supremo tiene como objeto definir el listado de indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, las fichas técnicas y los scripts 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; así como los criterios técnicos para el fortalecimiento y uso de los sistemas de información que permitan el registro de los servicios prestados por el personal asistencial de los establecimientos de salud.



## Decreto Supremo

### Artículo 2.- Alcance

Se encuentran comprendidos en el presente Decreto Supremo, el Ministerio de Salud y sus órganos desconcentrados, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, los gobiernos regionales y sus Direcciones Regionales de Salud o Gerencias Regionales de Salud, así como los órganos dependientes de las mismas. El personal de la salud que puede ser beneficiario de la asignación económica anual por cumplimiento de metas se encuentra definido en el Decreto Supremo N° 116-2014-EF.

### Artículo 3.- Definiciones

**3.1. Ámbito de aplicación:** Corresponde al ámbito en el cual se implementa y evalúa el cumplimiento de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, en las siguientes instituciones: Dirección Regional de Salud, Gerencia Regional de Salud, Red, Establecimientos de Salud del I nivel de atención, Centro de Salud Mental Comunitario, Direcciones de Redes Integradas de Salud, Hospitales e Institutos Especializados de las entidades comprendidas en el artículo 2 del presente Decreto Supremo.

**3.2. Asignación económica anual por cumplimiento de metas:** Entrega económica que se otorga una vez al año al personal de la salud de las entidades bajo el alcance del artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, en caso se cumpla con las condiciones establecidas para el otorgamiento de esta asignación.

**3.3. Área responsable de información:** Direcciones y Oficinas Generales del Ministerio de Salud, y organismos públicos adscritos al Ministerio de Salud, encargados de generar y reportar la información necesaria para el monitoreo y la evaluación del cumplimiento de los indicadores de desempeño y los compromisos de mejora de los servicios.

**3.4. Área técnica responsable:** Direcciones y Oficinas Generales del Ministerio de Salud, encargadas de definir los aspectos técnicos y metodológicos, y brindar asistencia técnica relacionada a los indicadores de desempeño y los compromisos de mejora de los servicios.

**3.5. Bases de datos:** Es el conjunto de una serie de datos organizados, agrupados, estructurados y relacionados entre sí, los cuales son recolectados y explotados, para un determinado fin. Este conjunto de datos no debe permitir la identificación o hacer identificable a las personas, en estricto cumplimiento de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, y el derecho fundamental a la intimidad personal y familiar.



**3.6. Compromiso de mejora de los servicios:** Conjunto de acciones cuyo cumplimiento facilita la prestación de servicios de salud por parte del personal de salud y/o la gestión de la institución.

**3.7. Indicador de desempeño:** Es el instrumento a través del cual se mide el rendimiento del personal en base al resultado esperado para el área o servicio, y que permitirá ser referencia en cada gestión institucional a la contribución individual, desempeño o competencia del trabajador.



**3.8. Logro esperado:** Situación que se espera alcanzar en los indicadores de desempeño o compromisos de mejora de los servicios, al término del periodo de vigencia del convenio de gestión.

**3.9. Logro alcanzado:** Situación alcanzada en los indicadores de desempeño o compromisos de mejora de los servicios, al término del periodo de vigencia del convenio de gestión.



**3.10. Órgano desconcentrado:** Direcciones de Redes Integradas de Salud, los Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana.

**3.11. Peso ponderado:** Valor que se le asigna a los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios de acuerdo a su relevancia. La suma de los pesos ponderados para una determinada institución es igual al cien por ciento (100%).



**3.12. Porcentaje de cumplimiento anual de los indicadores de desempeño:** Resultado de la división de la diferencia entre el logro alcanzado y el valor umbral, y la diferencia entre el logro esperado y el valor umbral, expresado como porcentaje.

Si el logro alcanzado es mayor que el logro esperado, el valor es cien por ciento (100%). Si el logro alcanzado es inferior al valor umbral, el valor es cero por ciento (0%).

Para algunos indicadores se realizan cálculos más específicos que se describen en la ficha técnica de cada indicador.



**3.13. Porcentaje global de cumplimiento:** Resultado de la sumatoria de los porcentajes de cumplimiento anual de cada indicador de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, multiplicados por sus respectivos pesos ponderados; dividido entre cien por ciento (100%). Se calcula a nivel de cada una de las instituciones.





## Decreto Supremo

**3.14. Scripts:** Es el documento que contiene instrucciones escritas en códigos de programación informática, para describir, contrastar y replicar los valores de cada indicador propuesto. Este documento no contiene datos que permitan la identificación o que haga identificable a las personas, en estricto cumplimiento de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, y el derecho fundamental a la intimidad personal y familiar.

**3.15. Valor Umbral:** Situación a partir de la cual se evalúa positivamente un indicador de desempeño. No aplica para compromisos de mejora de los servicios.

### Artículo 4.- Indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios

**4.1** Los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios correspondientes al año 2025 para la entrega económica al personal de la salud al servicio del Estado, en el marco de lo dispuesto en el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, están contenidos en el Anexo I: Listado de indicadores de desempeño, compromisos de mejora y fichas técnicas, del presente Decreto Supremo.

**4.2** Los scripts de los indicadores de desempeño están contenidos en el Anexo II: Script de Indicadores de Desempeño para la evaluación del Año 2025.

**4.3** El nivel de medición, ámbito de aplicación y rangos de los pesos ponderados de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios se encuentran contenidos en el Anexo III: Criterios Técnicos: Ámbito de evaluación y rangos de los pesos ponderados de los Indicadores de Desempeño (ID) y Compromisos de Mejora de los Servicios (CM) 2025.

**4.4** Los criterios técnicos para el fortalecimiento y uso de los sistemas de información establecidos por la autoridad sanitaria nacional que permitan el registro de los servicios prestados por el personal asistencial de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) y de los gobiernos regionales, se encuentran contenidos en el Anexo IV "Criterios Técnicos para el fortalecimiento y uso de los Sistemas de Información" del presente decreto supremo.

**4.5** Disponer que, durante el Año Fiscal 2025, con una periodicidad trimestral, el Ministerio de Salud ponga a disposición del Ministerio de Economía y Finanzas las bases de datos para la verificación del avance del cumplimiento de los logros esperados, de acuerdo a los scripts aprobados en el Anexo II del presente Decreto Supremo.



4.6 Los logros esperados de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios están contenidos en cada ficha técnica, las mismas que forman parte del Anexo I del presente Decreto Supremo.

4.7 El Ministerio de Salud, mediante Resolución Ministerial, en un plazo de hasta sesenta (60) días calendario contados desde la vigencia del presente Decreto Supremo, establece los procesos y procedimientos para la suscripción de los convenios de gestión, el seguimiento y la evaluación del cumplimiento de los mismos.



#### Artículo 5.- Suscripción de Convenios de Gestión

Disponer la suscripción de convenios de gestión entre el Titular del Ministerio de Salud con los Gobernadores de los gobiernos regionales, directores generales de las Direcciones de Redes Integradas de Salud, Hospitales, Institutos y el jefe del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, los mismos que están destinados a regular el cumplimiento de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios para el Año Fiscal 2025.



#### Artículo 6.- Responsabilidades

El cumplimiento de lo establecido en el presente Decreto Supremo se encuentra a cargo del Ministerio de Salud, sus órganos desconcentrados, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, los gobiernos regionales y sus Direcciones Regionales de Salud o Gerencias Regionales de Salud, así como los órganos dependientes de las mismas.



#### Artículo 7.- Seguimiento y Evaluación

La Dirección General de Operaciones en Salud (DGOS) a través de la Dirección de Monitoreo y Evaluación de la Gestión en Salud (DIMON), en coordinación con las áreas técnicas responsables del Ministerio de Salud y de sus organismos públicos adscritos, realizan el seguimiento de la aplicación, implementación y evaluación de lo establecido en el presente Decreto Supremo.



La Oficina General de Tecnologías de la Información (OGTI) a través de la Oficina de Innovación y Desarrollo Tecnológico (OIDT), realiza el seguimiento de la aplicación, implementación y evaluación de los criterios técnicos para el fortalecimiento y uso de los sistemas de información establecidos por la autoridad sanitaria nacional que permitan el registro de los servicios prestados por el personal asistencial de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) y de los gobiernos regionales.





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital De Apoyo  
II-2 Sullana

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA  
PERUANA"



## Decreto Supremo

### Artículo 8.- Listado final de beneficiarios y asistencia técnica

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Personal de la Salud, revisa e implementa los procesos para que las instituciones definan el listado final de los beneficiarios de la entrega económica a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, asimismo brinda asistencia técnica a las instituciones en el marco de su competencia.

El Ministerio de Salud, a través de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización, brinda asistencia técnica para la adecuada incorporación de recursos presupuestales para el pago de la entrega económica a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153.

### Artículo 9.- Publicación

Los Anexos I, II, III y IV del presente Decreto Supremo se publican en las sedes digitales del Ministerio de Salud ([www.gob.pe/minsa](http://www.gob.pe/minsa)) y del Ministerio de Economía y Finanzas ([www.gob.pe/mef](http://www.gob.pe/mef)), en la misma fecha de publicación de la presente norma en el Diario Oficial El Peruano.

### Artículo 10.- Refrendo

El presente Decreto Supremo es refrendado por el Ministro de Salud y el Ministro de Economía y Finanzas.

### DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

#### Primera. – Precisión del Decreto Supremo N° 005-2014-SA

Precisar que toda referencia al Decreto Supremo N° 005-2014-SA señalada en el Decreto Supremo N° 116-2014-EF, Decreto Supremo que aprueba los criterios técnicos, aplicación e implementación de la asignación por cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, en el marco del artículo 15 el Decreto Legislativo N° 1153, se entenderá referida al presente Decreto Supremo.



PERÚ

Ministerio  
de SaludHospital De Apoyo  
II-2 Sullana"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA  
PERUANA"**Segunda. – Actualización del Script**

La actualización del script de los indicadores de desempeño es aprobada mediante Resolución Ministerial del Ministerio de Salud previa opinión del Ministerio de Economía y Finanzas.

**DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA DEROGATORIA****Única. – Derogación del Decreto Supremo N° 036-2023-SA**

Al término de la evaluación de los convenios de gestión correspondientes al año 2024, entre el Ministerio de Salud y las instituciones contrapartes de los mismos, y una vez ejecutada la entrega económica anual en aplicación del artículo 15 el Decreto Legislativo N° 1153, queda derogado el Decreto Supremo N° 036-2023-SA, Decreto Supremo que define los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2024, 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.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los treinta días del mes de diciembre del año dos mil veinticuatro.



DINA ARCILA BOLLARTE ZEGARRA  
Presidenta de la República

CESAR HENRY VÁSQUEZ SÁNCHEZ  
Ministro de Salud

JOSE BERLEY ARISTA ARBILDO  
Ministro de Economía y Finanzas



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo  
II-2 Sullana"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA  
PERUANA"

MINISTERIO DE SALUD

No. 002-2019-SA...



# Decreto Supremo

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

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO:

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 y que la protección de la salud es de interés público; por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el artículo 123 de la precitada Ley, modificada por la Única Disposición Complementaria Modificatoria del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, dispone que el Ministerio de Salud es la Autoridad de Salud a nivel nacional. Como organismo del Poder Ejecutivo tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la Política de Salud y actúa como la máxima autoridad normativa en materia de salud;

Que, el numeral 2) del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161 dispone que el Ministerio de Salud es competente en Aseguramiento en Salud;

Que, el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, señala que el Sector Salud, está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en la referida Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;

Que, los numerales 1 y 2 del artículo 8 del Decreto Legislativo N° 1158, Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, modificado por el artículo 2 del Decreto Legislativo N° 1289, que dicta disposiciones destinadas a optimizar el funcionamiento y los servicios de la Superintendencia Nacional de Salud, ha previsto como funciones de ésta promover, proteger y defender los derechos de las personas al acceso a los servicios de salud, supervisando que las prestaciones sean otorgadas con calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad, con independencia de quien las financie, así como los que



Z. TOMAS



D. COSAVALLENTE



S. YANCOURT



G. REVILLA S.





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital De Apoyo  
II-2 Sullana

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA  
PERUANA"

correspondan en su relación de consumo con las IAFAS o IPRESS, incluyendo aquellas previas y derivadas de dicha relación, así como supervisar que el uso de los recursos destinados a la provisión de los servicios de salud y de los fondos destinados al Aseguramiento Universal en Salud, garanticen la calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad de las prestaciones. En el caso de las IAFAS, IPRESS y UGIPRESS públicas, de acuerdo a su presupuesto institucional aprobado, respectivamente;

Que, la Tercera Disposición Complementaria Final del Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015-SA, ha dispuesto que a propuesta de la Superintendencia Nacional de Salud se aprobará el Reglamento de Quejas y Reclamos que contendrá el procedimiento para la atención de las quejas y reclamos de las personas usuarias de los servicios de salud;

Que, por el artículo 1 del Decreto Supremo N° 030-2016-SA se aprueba el Reglamento para la atención de reclamos y quejas 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;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 667-2017/MINSA, se efectuó la publicación del proyecto de 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, a efecto de recibir sugerencias y comentarios de las entidades públicas o privadas, y de la ciudadanía en general;

Que, resulta necesario dotar al procedimiento de gestión de reclamos de mayor operatividad, así como acercar el procedimiento de denuncia a la ciudadanía, contribuyendo así a tener una población empoderada y mejor informada sobre la protección a su derecho a la salud;

De conformidad con el numeral 8 del artículo 118 de la Constitución Política del Perú, la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificada por la Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud;

#### SE DECRETA:

##### Artículo 1.- Aprobación

Apruébese 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, que consta de cuatro (4) Capítulos, treinta y siete (37) artículos, cinco (5) Disposiciones Complementarias Finales, una (1) Disposición Complementaria Transitoria, una (1) Disposición Complementaria Modificatoria y tres (3) Anexos, que forman parte integrante del presente Decreto Supremo.

##### Artículo 2.- Publicación

Publíquese el presente Decreto Supremo y el Reglamento que aprueba en el Portal del Estado Peruano ([www.peru.gob.pe](http://www.peru.gob.pe)) y en los portales institucionales del Ministerio de Salud ([www.gob.pe/minsa/](http://www.gob.pe/minsa/)), y de la Superintendencia Nacional de Salud ([www.susalud.gob.pe](http://www.susalud.gob.pe)), el mismo día de su publicación en el Diario Oficial "El Peruano".



Z. TOMAS



O. CORRALES



S. YANCOURT



G. REVILLA S.



R. TAPIA



PERÚ

Ministerio  
de SaludHospital De Apoyo  
II-2 Sullana"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA  
PERUANA"

MINISTERIO DE SALUD

No. 002-2019-SA



# Decreto Supremo



R. TAPIA

**Artículo 3.- Normas complementarias**

Facúltase a la Superintendencia Nacional de Salud para expedir las disposiciones complementarias que resulten necesarias para el cumplimiento de lo dispuesto en el presente Decreto Supremo.

**Artículo 4.- Refrendo**

El presente Decreto Supremo es refrendado por la Ministra de Salud.



O. COSAVALLENTE



S. YANCOURT

**DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA FINAL****Única.- Vigencia**

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 entra en vigencia a los sesenta días hábiles, contados a partir del día siguiente de su publicación en el Diario Oficial "El Peruano".

**DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA DEROGATORIA****Única.- Derogación**

Deróguese el artículo 1 del Decreto Supremo N° 030-2016-SA, a partir de la vigencia del 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, que se aprueba mediante el presente Decreto Supremo.



G. REYLLA S.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los treinta días del mes de enero del año dos mil diecinueve.



MARTÍN ALBERTO VIZCARRA CORNEJO  
Presidente de la República

ELIZABETH ZULEMA TOMÁS GONZÁLEZ  
Ministra de Salud



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital De Apoyo  
II-2 Sullana

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA  
PERUANA"



RESOLUCIÓN DE SUPERINTENDENCIA

N° 030 -2020-SUSALUD/S

Lima, 04 MAR. 2020

VISTOS:

El Informe N° 00171-2020/INA, de fecha 17 de febrero de 2020, de la Intendencia de Normas y Autorizaciones; el Memorandum N° 00179-2020-SUSALUD/SAREFIS, de fecha 19 de febrero de 2020, de la Superintendencia Adjunta de Regulación y Fiscalización; y el Informe N° 00151-2020/OGAJ, de fecha 25 de febrero de 2020, de la Oficina General de Asesoría Jurídica, y.

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con los artículos 9 y 11 del Texto Único Ordenado (TUO) de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014-SA, la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD es un organismo público técnico especializado, adscrito al Ministerio de Salud, con autonomía técnica, funcional, administrativa, económica y financiera; encargada de registrar, autorizar, supervisar y regular a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud – IAFAS, así como, supervisar y registrar a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS y Unidades de Gestión de IPRESS – UGIPRESS, en el ámbito de su competencia. Así también, se señala que SUSALUD es una entidad desconcentrada y que sus competencias son de alcance nacional, teniendo bajo su ámbito de competencia a las IAFAS, así como a todas las IPRESS y UGIPRESS.

Que, el artículo 7 del citado TUO de la Ley N° 29344, señala que las IAFAS son aquellas entidades o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, que reciban, capten y/o gestionen fondos para la cobertura de las atenciones de salud o que oferten cobertura de riesgos de salud, bajo cualquier modalidad. Asimismo, establece que el registro en la Superintendencia Nacional de Salud es requisito indispensable para la oferta de las coberturas antes señaladas;

Que, el artículo 8 del referido TUO de la Ley N° 29344, señala que las IPRESS son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados o por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación; así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud. Asimismo, establece que para brindar servicios de salud deberán encontrarse registradas en la Superintendencia Nacional de Salud;

Que, el artículo 11 del citado TUO de la Ley N° 29344, señala que las UGIPRESS, son definidas como aquellas entidades o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, diferentes de las IPRESS, encargadas de la administración y gestión de los recursos destinados al funcionamiento idóneo de las IPRESS.

Que, asimismo, los numerales 1 y 2 del citado artículo 13 del TUO de la Ley N° 29344, establecen que son funciones de SUSALUD promover, proteger y defender los derechos de las



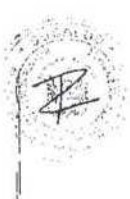
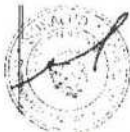


PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital De Apoyo  
II-2 Sullana

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA  
PERUANA"



personas al acceso a los servicios de salud, supervisando que las prestaciones sean otorgadas con calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad, con independencia de quien las financie, así como las que correspondan en su relación de consumo con las IAFAS o IPRESS, incluyendo aquellas previas y derivadas de dicha relación; y, supervisar que el uso de los recursos destinados a la provisión de los servicios de salud y de los fondos destinados al Aseguramiento Universal en Salud, garanticen la calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad de las prestaciones. En el caso de las IAFAS e IPRESS públicas, de acuerdo a su presupuesto institucional aprobado.

Que, mediante Decreto Supremo N° 002-2019-SA, se aprueba 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; señalándose en su Primera Disposición Complementaria Final que SUSALUD establece la clasificación de reclamos presentados por los usuarios ante las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS, en un plazo de treinta días hábiles, contados a partir de la entrada en vigencia del Reglamento;

Que, en la Cuarta Disposición Complementaria Final del citado Reglamento, se dispone que SUSALUD establece el aplicativo que permita realizar el monitoreo de los reclamos presentados en las IAFAS, IPRESS y UGIPRESS, estableciendo la estructura del modelo de datos de remisión de información y plazos; así como registrar al responsable de la Plataforma de Atención al Usuario (PAUS);

Que, encontrándose en vigencia 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, resulta necesario dar cumplimiento al mandato antes señalado;

Que, mediante Resolución de Superintendencia N° 160-2019-SUSALUD/S, se dispuso la publicación del proyecto de norma que aprueba la "Clasificación, Lineamientos y Aplicativo Informático para la remisión de la Información de Reclamos de los Usuarios de las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS", en virtud de la cual se recibieron aportes y comentarios de los administrados e interesados;

Con los vistos del Gerente General, de la Superintendente Adjunta de la Superintendencia Adjunta de Regulación y Fiscalización, del Superintendente Adjunto de la Superintendencia Adjunta de Promoción y Protección de Derechos en Salud, del Superintendente Adjunto de la Superintendencia Adjunta de Supervisión, del Intendente de la Intendencia de Normas y Autorizaciones, de la Intendente de la Intendencia de Promoción de Derechos en Salud, de la Intendente de la Intendencia de Protección de Derechos en Salud, de la Intendente de la Intendencia de Supervisión de Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, de la Intendente de la Intendencia de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, del Intendente de la Intendencia de Investigación y Desarrollo y del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica de la Superintendencia Nacional de Salud, y:

Estando a lo dispuesto por el Decreto Legislativo N° 1158, el Reglamento de Organización y Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud, aprobado mediante Decreto Supremo N° 008-2014-SA y el Decreto Supremo N° 002-2019-SA, que aprueba 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





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital De Apoyo  
II-2 Sullana

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA  
PERUANA"



2

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

**SE RESUELVE:**



**Artículo 1.- APROBAR** la "Clasificación, Lineamientos y Aplicativo Informático para la remisión de la Información de Reclamos de los Usuarios de las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS", el cual consta de cuatro (4) Capítulos, veintitrés (23) artículos, tres (3) Disposiciones Complementarias Transitorias, una (1) Disposición Complementaria Final y tres (3) anexos que forman parte integrante de la presente Resolución.

**Artículo 2.- DEJAR** sin efecto todas aquellas disposiciones que se opongan a la presente norma.

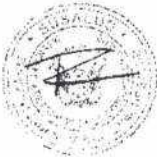
**Artículo 3.- DISPONER** la publicación de la presente Resolución en el Diario Oficial El Peruano, y, a la Intendencia de Normas y Autorizaciones la publicación de la misma, de la "Clasificación, Lineamientos y Aplicativo Informático para la remisión de la Información de Reclamos de los Usuarios de las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS", de sus Anexos, del Informe Técnico y de la Exposición de Motivos, en la página web institucional ([www.susalud.gob.pe](http://www.susalud.gob.pe))



Regístrese, comuníquese y publíquese.



CARLOS MANUEL ACOSTA SAAL  
SUPERINTENDENTE



7



El Peruano  
Lima, viernes 2 de octubre de 2009

## NORMAS LEGALES

403647

requieran a consecuencia de lo dispuesto en la presente Ley.

**Artículo 3°.- Limitación para el uso de recursos**

Los recursos de la transferencia de partidas a que hace referencia el artículo 1° de la presente Ley no pueden ser destinados, bajo responsabilidad, a fines distintos para los cuales son transferidos.

**Artículo 4°.- De la contratación por servicios personales**

4.1 Exonérase a la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga de la limitación señalada en el numeral 8.1 del artículo 8° de la Ley N° 29289, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2009, sólo para efectos de la contratación por servicios personales de ocho (8) docentes y cinco (5) administrativos, exclusivamente para el funcionamiento de la Escuela de Formación Profesional de Ingeniería Agroforestal de la Facultad de Ciencias Agrarias de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, en el distrito de Pichari, provincia de La Convención, departamento de Cusco. La contratación del referido personal se realiza previo informe favorable de la Dirección Nacional del Presupuesto Público respecto a la capacidad de financiamiento y, necesariamente, por concurso público de méritos.

4.2 El personal contratado en el marco de la presente Ley no puede ser materia de acciones de desplazamiento de personal fuera del ámbito de la Escuela de Formación Profesional de Ingeniería Agroforestal de la Facultad de Ciencias Agrarias de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, en el distrito de Pichari, provincia de La Convención, departamento de Cusco.

**Artículo 5°.- De la implementación y funcionamiento**

El Consejo Nacional para la Autorización de Funcionamiento de Universidades (Conafu), por excepción, autoriza y verifica la adecuada implementación y funcionamiento de la Escuela de Formación Profesional de Ingeniería Agroforestal de la Facultad de Ciencias Agrarias de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, en el distrito de Pichari, provincia de La Convención, departamento de Cusco.

**DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA**

**ÚNICA.-** Dispónese en el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2009 la transferencia financiera del Gobierno Regional del departamento de Cajamarca a la Municipalidad Distrital de San Luis de Lucma, provincia de Cutervo, las sumas señaladas a continuación para ser destinadas a la ejecución de los siguientes proyectos de inversión:

**Proyecto 2068130:** Construcción y equipamiento de la Institución Educativa Secundaria Santa Rosa del Tingo, provincia de Cutervo, departamento de Cajamarca, con un presupuesto de Setecientos Noventa y Cinco Mil Ochocientos Noventa y Siete Nuevos Soles (S/. 795 897,00).

**Proyecto 2068133:** Construcción y equipamiento de la Institución Educativa Ricardo Palma en la localidad de Santo Domingo, provincia de Cutervo, departamento de Cajamarca, con un presupuesto de Setecientos Setenta y Cuatro Mil Ciento Treinta y Seis Nuevos Soles (S/. 774 136,00).

**Proyecto 2070051:** Construcción de infraestructura y equipamiento de la Institución Educativa Secundaria Daniel Alcides Carrión, en la localidad de San Luis de Lucma, provincia de Cutervo, departamento de Cajamarca, con un presupuesto de Dos Millones Ciento Ocho Mil Setecientos Sesenta y Cinco Nuevos Soles (S/. 2 108 765,00).

Dichos montos son transferidos a la Municipalidad Distrital de San Luis de Lucma con cargo a la Fuente de Financiamiento Recursos Ordinarios y su transferencia se realiza antes de los treinta (30) días calendario contados desde la publicación de la presente norma, bajo responsabilidad.

Para el cumplimiento de la presente disposición, no es de aplicación la suspensión establecida en el numeral 7.1 del artículo 7° de la Ley N° 29289, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2009.

**POR TANTO:**

Habiendo sido reconsiderada la Ley por el Congreso de la República, aceptándose las observaciones formuladas por el señor Presidente de la República, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 108° de la Constitución Política del Perú, ordeno que se publique y cumpla.

En Lima, a los treinta días del mes de setiembre de dos mil nueve.

LUIS ALVA CASTRO

Presidente del Congreso de la República

ANTONIO LEÓN ZAPATA

Tercer Vicepresidente del Congreso de la República

405147-1

**LEY N° 29414**EL PRESIDENTE DEL CONGRESO  
DE LA REPÚBLICA

POR CUANTO:

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA;

Ha dado la Ley siguiente:

**LEY QUE ESTABLECE LOS DERECHOS  
DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS  
SERVICIOS DE SALUD****Artículo 1°.- Modificaciones a la Ley General de Salud**

Modifícanse los artículos 15°, 23°, 29° y el segundo párrafo del artículo 37° de la Ley núm. 26842, Ley General de Salud, con los siguientes textos:

**Artículo 15°.-** Toda persona tiene derecho a lo siguiente:

**15.1 Acceso a los servicios de salud**

- A recibir atención de emergencia médica, quirúrgica y psiquiátrica en cualquier establecimiento de salud público o privado, conforme con los artículos 3° y 39°, modificados por la Ley núm. 27604, Ley que Modifica la Ley General de Salud N° 26842, Respecto de la Obligación de los Establecimientos de Salud a dar Atención Médica en Caso de Emergencias y Partos, y su Reglamento.
- A elegir libremente al médico o el establecimiento de salud, según disponibilidad y estructura de éste, con excepción de los servicios de emergencia.
- A recibir atención de los médicos con libertad para realizar juicios clínicos, de acuerdo con lo establecido por el artículo 5° de la Ley de Trabajo Médico.
- A solicitar la opinión de otro médico, distinto a los que la institución ofrece, en cualquier momento o etapa de su atención o tratamiento, sin que afecte el presupuesto de la institución, bajo responsabilidad del



403648

## NORMAS LEGALES

El Peruano  
Lima, viernes 2 de octubre de 2009

usuario y con conocimiento de su médico tratante.

- e) A obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir, promover, conservar o restablecer su salud, según lo requiera la salud del usuario, garantizando su acceso en forma oportuna y equitativa.

## 15.2 Acceso a la información

- a) A ser informada adecuada y oportunamente de los derechos que tiene en su calidad de paciente y de cómo ejercerlos, tomando en consideración su idioma, cultura y circunstancias particulares.
- b) A conocer el nombre del médico responsable de su tratamiento, así como el de las personas a cargo de la realización de los procedimientos clínicos. En caso de que se encuentre disconforme con la atención, el usuario debe informar del hecho al superior jerárquico.
- c) A recibir información necesaria sobre los servicios de salud a los que puede acceder y los requisitos necesarios para su uso, previo al sometimiento a procedimientos diagnósticos o terapéuticos, con excepción de las situaciones de emergencia en que se requiera aplicar dichos procedimientos.
- d) A recibir información completa de las razones que justifican su traslado dentro o fuera del establecimiento de salud, otorgándole las facilidades para tal fin, minimizando los riesgos. El paciente tiene derecho a no ser trasladado sin su consentimiento, salvo razón justificada del responsable del establecimiento. Si no está en condiciones de expresarlo, lo asume el llamado por ley o su representante legal.
- e) A tener acceso al conocimiento preciso y oportuno de las normas, reglamentos y condiciones administrativas del establecimiento de salud.
- f) A recibir en términos comprensibles información completa, oportuna y continuada sobre su enfermedad, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de las intervenciones, tratamientos y medicamentos que se prescriban y administren. Tiene derecho a recibir información de sus necesidades de atención y tratamiento al ser dado de alta.
- g) A ser informada sobre su derecho a negarse a recibir o continuar el tratamiento y a que se le explique las consecuencias de esa negativa. La negativa a recibir el tratamiento puede expresarse anticipadamente, una vez conocido el plan terapéutico contra la enfermedad.
- h) A ser informada sobre la condición experimental de la aplicación de medicamentos o tratamientos, así como de los riesgos y efectos secundarios de éstos.
- i) A conocer en forma veraz, completa y oportuna las características del servicio, los costos resultantes del cuidado médico, los horarios de consulta, los profesionales de la medicina y demás términos y condiciones del servicio.

## 15.3 Atención y recuperación de la salud

- a) A ser atendida con pleno respeto a su dignidad e intimidad sin discriminación por acción u omisión de ningún tipo.
- b) A recibir tratamientos cuya eficacia o mecanismos de acción hayan sido científicamente comprobados o cuyas reacciones adversas y efectos colaterales le hayan sido advertidos.

- c) A su seguridad personal y a no ser perturbada o puesta en peligro por personas ajenas al establecimiento y a ella.
- d) A autorizar la presencia, en el momento del examen médico o intervención quirúrgica, de quienes no están directamente implicados en la atención médica, previa indicación del médico tratante.
- e) A que se respete el proceso natural de su muerte como consecuencia del estado terminal de la enfermedad. El Código Penal señala las acciones punibles que vulneran este derecho.
- f) A ser escuchada y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se encuentre disconforme con la atención recibida, para estos efectos la Ley proveerá de mecanismos alternativos y previos al proceso judicial para la solución de conflictos en los servicios de salud.
- g) A recibir tratamiento inmediato y reparación por los daños causados en el establecimiento de salud o servicios médicos de apoyo, de acuerdo con la normativa vigente.
- h) A ser atendida por profesionales de la salud que estén debidamente capacitados, certificados y recertificados, de acuerdo con las necesidades de salud, el avance científico y las características de la atención, y que cuenten con antecedentes satisfactorios en su ejercicio profesional y no hayan sido sancionados o inhabilitados para dicho ejercicio, de acuerdo a la normativa vigente. Para tal efecto, se creará el registro correspondiente.

## 15.4 Consentimiento informado

- a) A otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que viole su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de salud, en especial en las siguientes situaciones:
- a.1) En la oportunidad previa a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento así como su interrupción. Quedan exceptuadas del consentimiento informado las situaciones de emergencia, de riesgo debidamente comprobado para la salud de terceros o de grave riesgo para la salud pública.
- a.2) Cuando se trate de pruebas riesgosas, intervenciones quirúrgicas, anticoncepción quirúrgica o procedimientos que puedan afectar la integridad de la persona, supuesto en el cual el consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión. Si la persona no supiere firmar, imprimirá su huella digital.
- a.3) Cuando se trate de exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes, el consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión. Si la persona no supiere firmar, imprimirá su huella digital.
- b) A que su consentimiento conste por escrito cuando sea objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos o tratamientos. El consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión. Si la persona no supiere firmar, imprimirá su huella digital.

Artículo 23°.- Las incompatibilidades, limitaciones, prohibiciones y vulneración de derechos en



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo  
II-2 Sullana

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

El Peruano  
Lima, viernes 2 de octubre de 2009

## NORMAS LEGALES

403649

los servicios de salud, así como el régimen de sanciones aplicables a los profesionales a los que se refiere el presente capítulo, se rige por las normas laborales, administrativas, civiles y penales, los códigos de ética y deontología y las normas estatutarias de los colegios profesionales correspondientes.

**Artículo 29°.-** El acto médico debe estar sustentado en una historia clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al paciente para resolver el problema de salud diagnosticado.

La información mínima que debe contener la historia clínica se rige por el reglamento de la presente Ley.

El establecimiento de salud queda obligado a proporcionar copia de la historia clínica al paciente en caso de que éste o su representante lo solicite. El interesado asume el costo que supone el pedido.

**Artículo 37°.-**  
(...)

Los establecimientos de salud deben aprobar normas y reglamentos de funcionamiento interno; asimismo, el ente rector establece los estándares de atención de la salud de las personas a través de protocolos. La autoridad de salud de ámbito nacional establece los criterios para la determinación de la capacidad de resolución de los establecimientos y dispone la publicación de la evaluación de los establecimientos que no hayan alcanzado los estándares requeridos.

**Artículo 2°.-** Derechos contenidos en la presente Ley

La enumeración de los derechos contenidos en el artículo 15° de la Ley General de Salud no excluye los demás contenidos en dicha Ley o los que la Constitución Política del Perú garantiza.

**Artículo 3°.-** Sistema nacional de protección de los derechos de los usuarios en los servicios de salud

Los establecimientos de salud y los órganos de los gobiernos Nacional, regional y local son responsables de organizar instancias de carácter independiente, autónomo y confidencial que garanticen equidad y justicia para la protección de los derechos de los usuarios de los servicios de salud, las cuales deben articularse al Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

## DISPOSICIONES FINALES

**PRIMERA.-** De la difusión de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud

El Poder Ejecutivo reglamenta la presente Ley en el plazo de noventa (90) días, contado a partir de su vigencia, en especial sobre los siguientes temas:

1. La elaboración de la lista de derechos de los usuarios contenidos en la Ley General de Salud.
2. Los mecanismos de divulgación de esta lista de derechos en los establecimientos de salud públicos y privados.

**SEGUNDA.-** De la adecuación

Establécense el plazo de ciento ochenta (180) días para que los establecimientos de salud se adecuen a lo dispuesto en la presente Ley.

**TERCERA.-** De la derogatoria

Deróganse o déjanse sin efecto, según corresponda, las disposiciones que se opongan a la presente Ley.

**POR TANTO:**

Habiendo sido reconsiderada la Ley por el Congreso de la República, aceptándose las observaciones formuladas por el señor Presidente de la República, de

conformidad con lo dispuesto por el artículo 108° de la Constitución Política del Perú, ordeno que se publique y cumpla.

En Lima, a los treinta días del mes de setiembre de dos mil nueve.

LUIS ALVA CASTRO  
Presidente del Congreso de la República

ANTONIO LEÓN ZAPATA  
Tercer Vicepresidente del Congreso de la República

405147-2

## LEY N° 29415

EL PRESIDENTE DEL CONGRESO  
DE LA REPÚBLICA

POR CUANTO:

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA;  
Ha dado la Ley siguiente:

**LEY DE SANEAMIENTO FÍSICO LEGAL  
DE PREDIOS TUGURIZADOS CON FINES  
DE RENOVACIÓN URBANA**

**TÍTULO I  
DISPOSICIONES GENERALES**

**CAPÍTULO I  
OBJETO Y FINES**

**Artículo 1°.-** Objeto de la Ley

Declárase de necesidad pública el proceso de saneamiento físico legal de predios tugurizados con fines de renovación urbana en el ámbito nacional.

El objeto de la Ley se cumple en las siguientes etapas:

1. Etapa de Saneamiento Legal de Predios Tugurizados.
2. Etapa de Saneamiento Físico de Predios Tugurizados.

La culminación del proceso se realiza a través de programas de renovación urbana y supone la puesta en valor de los inmuebles saneados legal y físicamente.

La ejecución de la etapa del proceso de saneamiento legal de los predios tugurizados es el requisito previo para la ejecución de la etapa del proceso de saneamiento físico de los predios titulados.

En aquellos casos en los que el poseedor cuente con título de propiedad del inmueble y éste se ubique en una zona de tratamiento, el predio ingresa directamente a la etapa establecida en el numeral 2.

**Artículo 2°.-** Ámbito de aplicación

La presente Ley regula las acciones de los procesos de saneamiento físico y legal de predios tugurizados con fines de renovación urbana en las áreas de tratamiento, sean de propiedad privada o estatal, comprendiendo tanto a personas naturales como jurídicas, y que hayan sido designadas como tales por las municipalidades distritales conforme al artículo 79°, numeral 4.2, de la Ley núm. 27972, Ley Orgánica de Municipalidades, previo cumplimiento de los requisitos que establece la presente Ley.

**Artículo 3°.-** Fines de la Ley

Son fines de la presente Ley los siguientes:

1. La superación de las condiciones de vida de los habitantes de viviendas tugurizadas, realizándose las acciones necesarias para mantener, mejorar y modernizar las viviendas existentes de acuerdo con las necesidades de los residentes.



PERÚ

Ministerio  
de SaludHospital De Apoyo  
II-2 Sullana"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA  
PERUANA"

MINISTERIO DE SALUD

No. 270-2009/MINSA



# Resolución Ministerial

Lima, 23 de Abril del 2009



Visto, el Expediente N° 07-070114-001, que contiene el Informe N° 321/2008-DGSP-DCS/MINSA y la Nota Informativa N° 051-2009-DGSP/MINSA de la Dirección General de Salud de las Personas, y el Informe N° 346-2009-OGAJ/MINSA de la Oficina General de Asesoría Jurídica, relacionada a la propuesta de Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo;

## CONSIDERANDO:

Que, el artículo 44° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005-SA, encarga a la Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Dirección de Calidad en Salud, establecer las normas del sistema de acreditación para servicios y establecimientos de salud, así como, establecer los mecanismos para su difusión y cumplimiento;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2005/MINSA, se aprobó el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual establece como uno de sus componentes al de Garantía y Mejoramiento de la Calidad siendo una de sus líneas de acción, la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", la misma que en sus disposiciones finales establece que se emitirá la Guía Técnica del Evaluador, documento que contiene la metodología de la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo;

Que, la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, tiene por finalidad estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación por parte de los evaluadores, para cada uno de los macroprocesos gerenciales, prestacionales y de apoyo;



V. Rojas M.



D. León Ch.



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital De Apoyo  
II-2 Sullana

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA  
PERUANA"

Con el visado del Director General de la Dirección General de Salud de las Personas, de la Dirección General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, y del Viceministro de Salud; y,



De conformidad con lo dispuesto en el literal l) del Artículo 8° de la Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.-** Aprobar la: "GUÍA TÉCNICA DEL EVALUADOR PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO", como guía de referencia nacional, de aplicación en los establecimientos de salud públicos y privados del sector, que pertenecen a los niveles I, II y la categoría III-1 en el ámbito nacional incluyendo a los servicios prestados por terceros.

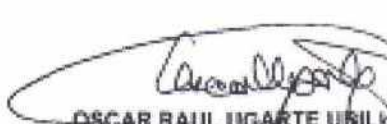
**Artículo 2°.-** La Dirección General de Salud de las Personas, es responsable de la difusión y cumplimiento de la citada Guía Técnica aprobada en la presente resolución.



**Artículo 3°.-** La Guía Técnica entrará en vigencia al día siguiente de la publicación de la presente Resolución Ministerial en el Diario Oficial "El Peruano".

**Artículo 4°.-** Disponer que la Oficina General de Comunicaciones publique la Guía Técnica aprobada en el artículo 1° de la presente resolución, en la dirección electrónica <http://www.minsa.gob.pe/portada/transparencia/normas.asp> de la Portada de Internet del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

  
OSCAR RAUL UGARTE URBIZU  
Ministro de Salud





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital De Apoyo  
II-2 Sullana

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA  
PERUANA"

MINISTERIO DE SALUD

Nº 456-2007/MINSA



## Resolución Ministerial

Lima, 04 de JUNIO del 2007

Visto: el Expediente N°06-113405-001, que contiene el Oficio N°1976-2007-DGSP/MINSA

### CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial N°703-2006/MINSA del 26 de julio de 2006 se aprobó la NTS N°050-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo";

Que, la Dirección General de Salud de las Personas, ha formulado la propuesta modificatoria de la mencionada norma técnica, cuya finalidad es 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 del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

  
J. Calderón

Con la opinión favorable de la Dirección General de Salud de las Personas;

Con el visado del Viceministro de Salud, el Director General de Salud de las personas y el Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica; y,

  
J. Calderón

De conformidad con lo dispuesto en el literal f) del Artículo 8° de la Ley N°27657 Ley del Ministerio de Salud;

### SE RESUELVE:

  
V. Zúñiga

Artículo 1°.- Aprobar la NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" y tres (03) Anexos, que forman parte integrante de la presente resolución.

  
V. Zúñiga



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital De Apoyo  
II-2 Sullana

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA  
PERUANA"

**Artículo 2°.-** Encargar a la Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Dirección de Calidad en Salud, la difusión e implementación de la mencionada Norma Técnica de Salud.

**Artículo 3°.-** Las Direcciones de Salud y las Direcciones Regionales de Salud a nivel nacional, son responsables de la aplicación de la mencionada Norma Técnica de Salud, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

**Artículo 4°.-** Disponer que la Oficina General de Comunicaciones publique en el Portal de Internet del Ministerio de Salud la presente norma técnica.

**Artículo 5°.-** Dejar sin efecto la Resolución Ministerial N°703-2006/MINSA del 26 de julio de 2006.

Regístrese, comuníquese y publíquese



E. Schottke



V. Zúmarán A.



Magly García B.



J. Calderón Y.



Carlos VALLEJOS SOLOGUREN  
Ministro de Salud





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital De Apoyo  
II-2 Sullana

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA  
PERUANA"

"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

GOBIERNO REGIONAL DE PIURA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PIURA  
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

N° 0064-2024/GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-DE OPE.430020161



### Resolución Directoral

Sullana, 29 de enero de 2024.

#### VISTO:

La Nota Informativa N° 40-2024/HAS-430020165, de Fecha 26 de enero del 2024, de la Oficina de Gestión de la Calidad, el proveído favorable de la Dirección Ejecutiva, de fecha 26 de enero del 2024;

#### CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo al documento del Visto, la Dirección Ejecutiva dispone **proyectar el Acto Resolutivo de Aprobación del Cronograma Anual de Rondas de Seguridad del Paciente - Período 2024**, con proveído correlativo N° 375 de fecha 26 de enero del 2024;

Que, el Decreto Legislativo N° 1153, tiene por objetivo regular la política Integral de las Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado con la finalidad de que el Estado alcance mayores niveles de equidad, eficacia, eficiencia y preste efectivamente servicios de calidad en materia de salud del ciudadano a través de una política integral de compensaciones y entregas económicas que promueva el desarrollo de personal de la salud al servicio del estado;

Que, el artículo 15° del Decreto Legislativo, dispone que la asignación por cumplimiento de metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, es la entrega económica que se otorga una vez al año, al personal de los establecimientos de salud y de las redes, microredes del Ministerio de Salud, sus organismos públicos y Gobiernos Regionales, por el cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios;

Que, el numeral 28.6 del artículo 28 de la Ley N° 31638, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2023, dispone que para la asignación por cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios alcanzados en el Año Fiscal 2024 en el marco de lo dispuesto en el artículo 15 del Decreto Legislativo 1153, cuyo pago se realiza en el Año Fiscal 2025, el Ministerio de Salud aprueba, mediante decreto supremo refrendado por el ministro de Economía y Finanzas y el ministro de Salud, a propuesta de este último, los criterios técnicos correspondientes para la definición de las metas, indicadores de desempeño a nivel de resultado, producto, insumo o proceso de programas presupuestales asociadas a dichos pagos, (...);

Que, mediante Decreto Supremo N° 036-2023-SA (30.12.2023), se definen los indicadores de desempeño, compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2024 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", de conformidad con lo precisado en el numeral 4.1 del Artículo 4 del acotado dispositivo legal, donde se presenta en el Anexo I: Fichas Técnicas de los indicadores de desempeño y compromisos de mejoras de los servicios del presente Decreto Supremo;

Que, dentro del referido Anexo I que forma parte del Dispositivo Legal que antecede en el considerando presente, se encuentra el Compromiso de mejora de los servicios de Salud; mediante la **Ficha Técnica N° 43: Fortalecimiento de la gestión de riesgos en la atención y la mejora continua de la calidad mediante la aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente**, el mismo que define a las Rondas de Seguridad del Paciente, como una herramienta de calidad que permite evaluar la ejecución de las Buenas prácticas de la Atención en Salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada de un servicio, seleccionado al azar en una determinada IPRESS, liderado por la máxima autoridad de esta, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva;



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital De Apoyo  
II-2 Sullana

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA  
PERUANA"

"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

GOBIERNO REGIONAL DE PIURA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PIURA  
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

N° 0054-2024/GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-DE.OPE.430020161



### Resolución Directoral

Que, de acuerdo con la Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA, de fecha 02 de abril del 2020 (02.04.2020), se aprueba la Directiva Sanitaria N° 092-MINSA/2020/DGAIN: "Directiva Sanitaria Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud",

Que, en virtud a los considerandos precedentes, resulta pertinente atender el requerimiento planteado por la Supervisora de la Oficina de Gestión de Calidad, que solicita al Director Ejecutivo del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, proyectar el Acto Resolutivo de Aprobación del Cronograma Anual de Rondas de Seguridad del Paciente – Periodo 2024,

Con las Visaciones de la Oficina de Planeamiento Estratégico, Asesoría Legal, Oficina de Administración y;

En uso de las atribuciones conferidas en la Ley N° 28926, Ley que regula el Régimen Transitorio de las Direcciones Sectoriales de los Gobiernos Regionales, Ordenanza Regional N° 312-2015/GRP-CR, que Aprueba el Reglamento de Organización y Funciones –ROF del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, de fecha 16 de mayo del 2015, y de conformidad con la Resolución Ejecutiva Regional N° 0622-2023/GOBIERNO REGIONAL PIURA.GR, de fecha veinte de julio del 2023 (20.07.2023), que resuelve designar a la Médico **MARÍA EUGENIA GALLOSA PALACIOS**, en el cargo de Director Ejecutivo del Hospital de Apoyo II-2 Sullana;

#### SE RESUELVE:

**ARTÍCULO PRIMERO:** Aprobar, con eficacia anticipada al 01 de Enero del 2024, el "Cronograma Anual de Rondas de Seguridad del Paciente – Periodo 2024", cuyo anexo forma parte de la presente resolución.

**ARTÍCULO SEGUNDO.- Disponer**, a la Oficina de Gestión de la Calidad, el seguimiento y control de las acciones del Equipo de Rondas y Seguridad del Paciente.

**ARTÍCULO TERCERO.- Notificar**, la presente Resolución a Dirección Ejecutiva, Oficina de Administración, Oficina de Planeamiento Estratégico, Órgano de Control Interno, Oficina de Gestión de la Calidad, Unidad de Personal etc.

**ARTÍCULO CUARTO.- Encargar**, a la Unidad de Estadística e Informática efectúe la publicación de la presente resolución en la página web del Hospital.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.



MEGP/JGRC/apz.





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital De Apoyo  
II-2 Sullana

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA  
PERUANA"

CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE - PERIODO 2024



IPRESS: HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

TITULAR IPRESS: MÉD. MARÍA EUGENIA GALLOSA PALACIOS

| ENERO     |            |               | FEBRERO  |            |               | MARZO     |            |               | ABRIL     |            |               |
|-----------|------------|---------------|----------|------------|---------------|-----------|------------|---------------|-----------|------------|---------------|
| RONDA     | FECHA      | HORA          | RONDA    | FECHA      | HORA          | RONDA     | FECHA      | HORA          | RONDA     | FECHA      | HORA          |
| RONDA 1   | 25/01/2024 | 10:00 - 12:00 | RONDA 2  | 15/02/2024 | 10:00 - 12:00 | RONDA 3   | 14/03/2024 | 10:00 - 12:00 | RONDA 4   | 18/04/2024 | 10:00 - 12:00 |
| MAYO      |            |               | JUNIO    |            |               | JULIO     |            |               | AGOSTO    |            |               |
| RONDA     | FECHA      | HORA          | RONDA    | FECHA      | HORA          | RONDA     | FECHA      | HORA          | RONDA     | FECHA      | HORA          |
| RONDA 5   | 19/05/2024 | 10:00 - 12:30 | RONDA 6  | 20/06/2024 | 10:00 - 12:00 | RONDA 7   | 11/07/2024 | 10:00 - 12:00 | RONDA 8   | 15/08/2024 | 10:00 - 12:00 |
| SETIEMBRE |            |               | OCTUBRE  |            |               | NOVIEMBRE |            |               | DICIEMBRE |            |               |
| RONDA     | FECHA      | HORA          | RONDA    | FECHA      | HORA          | RONDA     | FECHA      | HORA          | RONDA     | FECHA      | HORA          |
| RONDA 9   | 19/09/2024 | 10:00 - 12:00 | RONDA 10 | 23/10/2024 | 10:00 - 12:00 | RONDA 11  | 20/11/2024 | 10:00 - 12:00 | RONDA 12  | 19/12/2024 | 10:00 - 12:00 |

SECRETARÍA DE CALIDAD  
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA  
Méd. José Gustavo Rivas Anzures  
2024-12-19 14:00:00  
CIP 2024-12-19 14:00:00

SECRETARÍA DE CALIDAD  
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA  
Lic. Alm. [Signature]  
2024-12-19 14:00:00  
CIP 2024-12-19 14:00:00

SECRETARÍA DE CALIDAD  
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA  
Méd. José Gustavo Rivas Anzures  
2024-12-19 14:00:00  
CIP 2024-12-19 14:00:00

SECRETARÍA DE CALIDAD  
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA  
Méd. José Gustavo Rivas Anzures  
2024-12-19 14:00:00  
CIP 2024-12-19 14:00:00



GOBIERNO REGIONAL DE PIURA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PIURA  
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

N° 0065-2024/GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-DE-OPE.430020161



## Resolución Directoral

Sullana, 30 de enero del 2024.

### VISTO:

La Nota Informativa N°039-2024/HAS-430020165, de Fecha 26 de enero del 2024, de la Oficina de Gestión de la Calidad, el proveído favorable de la Dirección Ejecutiva, de fecha 26 de enero del 2024;

### CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo al documento del Visto, la Dirección Ejecutiva dispone proyectar la Resolución de Actualización de conformación del **Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital de Apoyo II-2 Sullana- Período 2024**, con proveído correlativo N° 376 de fecha 26 de enero del 2024;

Que, en el marco del Decreto Legislativo N° 1153, se regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado, tiene la finalidad que el Estado alcance mayores niveles de eficacia, eficiencia, y preste efectivamente servicios de calidad en materia de salud al ciudadano, a través de una política integral de compensaciones y entregas económicas que promueva el desarrollo de su personal;

Que, el artículo 15° del Decreto Supremo N° 1153, establece la asignación por cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, es la entrega económica que se otorga una vez al año al personal de los establecimientos de salud, redes y microredes del Ministerio de Salud, sus organismos públicos y Gobiernos Regionales por el cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios;

Que, dentro del referido Anexo I que forma parte del Dispositivo Legal que antecede en el considerando presente, se encuentra el Compromiso de mejora de los servicios de Salud; mediante la **Ficha Técnica N° 43: Fortalecimiento de la gestión de riesgos en la atención de salud y la mejora continua de la calidad mediante la aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente**, el mismo que define a las Rondas de Seguridad del Paciente, como una herramienta de calidad que permite evaluar la ejecución de las Buenas prácticas de la Atención en Salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada de un servicio, seleccionado al azar en una determinada IPRESS, liderado por la máxima autoridad de esta, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva;

Que, conforme a lo resuelto en el Artículo 2° de la Resolución Directoral N° 062-2023/GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-DE-OPE-430020161, de fecha de fecha 14 de febrero del 2023, se resolvió, Conformar, a partir de la fecha el **"Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, para el período 2023**, según detalle siguiente;

| N° | CARGO                                                 | FUNCIÓN            |
|----|-------------------------------------------------------|--------------------|
| 1  | Director Ejecutivo                                    | Lider              |
| 2  | Supervisora de la Oficina de Gestión de Calidad       | Secretaria Técnica |
| 3  | Supervisor de la Oficina de Administración            | Miembro            |
| 4  | Jefe del Departamento de Enfermería                   | Miembro            |
| 5  | Jefe del Servicio de Farmacia                         | Miembro            |
| 6  | Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental | Miembro            |
| 7  | Jefe del Departamento de Consulta Externa             | Miembro            |
| 8  | Jefe del Departamento de Medicina                     | Miembro Temporal   |



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo  
II-2 Sullana

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

GOBIERNO REGIONAL DE PIURA  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD PIURA  
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

N° 0065-2024/GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-DE-OPE-430020161



### Resolución Directoral

|    |                                                                  |                  |
|----|------------------------------------------------------------------|------------------|
| 9  | Jefe del Departamento de Cirugía                                 | Miembro Temporal |
| 10 | Jefe del Departamento de Pediatría                               | Miembro Temporal |
| 11 | Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia                      | Miembro Temporal |
| 12 | Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico      | Miembro Temporal |
| 13 | Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos          | Miembro Temporal |
| 14 | Jefe del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica | Miembro Temporal |
| 15 | Jefe del Servicio de Nutrición y Dietética                       | Miembro Temporal |

Que, en virtud a los considerandos precedentes, la Oficina de Gestión de Calidad propone y solicita al Director Ejecutivo del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, la actualización de la Resolución de la conformación del "Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital de Apoyo II-2 Sullana Período 2024", el mismo que estará integrado por los responsables de los siguientes órganos estructurales;

| N° | CARGO                                                            | FUNCIÓN            |
|----|------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 1  | Director Ejecutivo                                               | Lider              |
| 2  | Supervisora de la Oficina de Gestión de Calidad                  | Secretaria Técnica |
| 3  | Supervisor de la Oficina de Administración                       | Miembro            |
| 4  | Jefe del Departamento de Enfermería                              | Miembro            |
| 5  | Jefe del Servicio de Farmacia                                    | Miembro            |
| 6  | Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental            | Miembro            |
| 7  | Jefe del Departamento de Consulta Externa                        | Miembro            |
| 8  | Jefe del Departamento de Medicina                                | Miembro Temporal   |
| 9  | Jefe del Departamento de Cirugía                                 | Miembro Temporal   |
| 10 | Jefe del Departamento de Pediatría                               | Miembro Temporal   |
| 11 | Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia                      | Miembro Temporal   |
| 12 | Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico      | Miembro Temporal   |
| 13 | Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos          | Miembro Temporal   |
| 14 | Jefe del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica | Miembro Temporal   |
| 15 | Jefe del Servicio de Nutrición y Dietética                       | Miembro Temporal   |

Con las Visaciones de la Oficina de Planeamiento Estratégico, Asesoría Legal, Oficina de Administración 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° 0622-2023/GOBIERNO REGIONAL PIURA.GR, de fecha 20 de julio del 2023 (20.07.2023), que resuelve designar a la Médico **MARIA EUGENIA GALLOSA PALACIOS**, en el cargo de Directora Ejecutiva del Hospital de Apoyo II-2 Sullana;

#### SE RESUELVE:

**ARTÍCULO 1°.** - DAR TÉRMINO, la asignación de funciones del "Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, para el período 2023, conferidas mediante Resolución Directoral N°062-2023/GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-DE-OPE-430020161, de fecha 14 de febrero del 2023 (14.02.2023).



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital De Apoyo  
II-2 Sullana

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA  
PERUANA"

GOBIERNO REGIONAL DE PIURA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PIURA  
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

N° 0065-2024/GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-DE.OPE.430020161



### Resolución Directoral

**ARTICULO 2°.- CONFORMAR**, con eficacia anticipada al 01 de enero del año 2024, el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital de Apoyo II-2 Sullana Período 2024, el mismo que estará integrado por los representantes de los siguientes órganos estructurales:

| N° | CARGO                                                            | FUNCIÓN            |
|----|------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 1  | Director Ejecutivo                                               | Lider              |
| 2  | Supervisora de la Oficina de Gestión de Calidad                  | Secretaria Técnica |
| 3  | Supervisor de la Oficina de Administración                       | Miembro            |
| 4  | Jefe del Departamento de Enfermería                              | Miembro            |
| 5  | Jefe del Servicio de Farmacia                                    | Miembro            |
| 6  | Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental            | Miembro            |
| 7  | Jefe del Departamento de Consulta Externa                        | Miembro            |
| 8  | Jefe del Departamento de Medicina                                | Miembro Temporal   |
| 9  | Jefe del Departamento de Cirugía                                 | Miembro Temporal   |
| 10 | Jefe del Departamento de Pediatría                               | Miembro Temporal   |
| 11 | Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia                      | Miembro Temporal   |
| 12 | Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico      | Miembro Temporal   |
| 13 | Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos          | Miembro Temporal   |
| 14 | Jefe del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica | Miembro Temporal   |
| 15 | Jefe del Servicio de Nutrición y Dietética                       | Miembro Temporal   |

**ARTICULO 3°.- DISPONER**, a la Oficina de Gestión de la Calidad, el seguimiento y control de las acciones del Equipo de Rondas y Seguridad del Paciente, conformado en la presente resolución.

**ARTÍCULO 4°.- NOTIFICAR** la presente Resolución a Dirección Ejecutiva, Oficina de Administración, Oficina de Planeamiento Estratégico, Órgano de Control Interno, Oficina de Gestión de la Calidad, Unidad de Personal, Interesados etc.

**ARTÍCULO 5°.- ENCARGAR**, a la Unidad de Estadística e Informática efectúe la publicación de la presente resolución en la página web del Hospital.

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.**

MEGP/JGRC/apz.

GOBIERNO REGIONAL PIURA  
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA  
M. María Encarnación Gálvez Palacios  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PIURA  
CUIP 25748 1016 00114