



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N.º 38 -2025/GOB.REG.PIURA-430020-132001

Chulucanas, **24 FEB 2025**

VISTOS:

El Informe N° 028-2025-GRP-430020-132004, de fecha 22 de enero del 2025, emitido por la Jefa Equipo de Gestión de la Calidad, Informe N° 017-2025-GRP-430020-132003, de fecha 29 de enero del 2025, emitida por la encargada del Equipo de Racionalización, Informe N° 20-2025-GRP-430020-132003, de fecha 30 de enero del 2025 emitida por la Jefa de la Unidad de Planeamiento Estratégico, y;

CONSIDERANDO:

Que, el numeral 16.2 del artículo 16 de la Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, y sus modificatorias, establece que: "Los entes rectores de los sistemas administrativos implementan acciones que contribuyan a la eficiencia y la simplificación de los sistemas administrativos bajo su competencia, para lo cual revisan periódicamente sus regulaciones a fin de determinar el efecto y los costos de su aplicación en la gestión pública, considerando la heterogeneidad institucional del Estado";

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N.º 26842 – Ley General de la Salud, disponen 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, mediante el artículo 2° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señala que toda persona tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y practicas institucionales y profesionales;

Que, mediante Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, se aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", cuya finalidad es estandarizar conceptos y uniformizar las herramientas técnicas para la mejora continua de la calidad a los servicios y establecimientos de salud, a fin de contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo; y con Resolución Ministerial N°640-2006/MINSA, se aprueba el "Manual para la mejora continua de la calidad";

Que, el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios de Medico de Apoyo aprobado con el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, define a la Garantía de la Calidad como la Aplicación de procesos de mejora de la calidad en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, aunado al cumplimiento de indicadores de proceso y resultados, seleccionados por la Auditoria en Salud y propias institucionales;

Que, con Resolución Ministerial N°502-2016/MINSA, que aprueba la NTS N°029-MINSA/DIGEPRESV.02 "Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud", con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de atención en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del Sector Salud; siendo su objetivo general, establecer los lineamientos técnicos y metodológicos para realizar la auditoria de la calidad de la atención en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, sean públicos, privados o mixtos;

Que, el Documento Técnico: "PLAN ANUAL DE TRABAJO DEL EQUIPO DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD, tiene por finalidad Contribuir a mejorar los procesos de atención de los servicios, incorporando acciones de mejora continua de la calidad de atención en función a las oportunidades de mejora identificadas para la mejora de satisfacción del usuario en el E.S II1 Hospital Chulucanas;



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N.º 38 -2025/GOB.REG.PIURA-430020-132001

Chulucanas, **24 FEB 2025**

Que, mediante Informe N° 028-2025-GRP-430020-132004, de fecha 22 de enero del 2025, emitido por la Jefa Equipo de Gestión de la Calidad, informa que con la finalidad de mejorar los procesos de atención de los servicios, incorporando acciones de mejora continua de la calidad de atención, en función a las oportunidades de mejora identificadas para la mejora de satisfacción del usuario, por lo cual solicita se apruebe el Plan Anual de Trabajo del Equipo de Gestión de la Calidad en Salud del E.S II-1 Hospital Chulucanas, periodo 2025;

Que, mediante Informe N° 017-2025-GRP-430020-132003, de fecha 29 de enero del 2025, emitida por la encargada del Equipo de Racionalización manifiesta que de la revisión del Plan Anual de Trabajo del Equipo de Gestión de la Calidad en Salud del E.S II-1 Hospital Chulucanas, periodo 2025, este cumple con lo normado en la Directiva de Normas Generales para las Comunicaciones Oficiales Escritas de la Institución, por lo cual sugiere se continúe con el trámite de aprobación mediante acto resolutivo;

Que, mediante Informe N° 20-2025-GRP-430020-132003, de fecha 30 de enero del 2025 emitida por la Jefa de la Unidad de Planeamiento Estratégico, otorga su conformidad y solicita continuar con el trámite correspondiente, razón por la cual la Dirección del E.S II-1 Hospital Chulucanas autoriza a la Jefa del Equipo de Asesoría Legal mediante proveído de fecha 03 de febrero de 2025 proyectar el acto resolutivo;

Que, a fin de cumplir con los objetivos institucionales propuestos, resulta pertinente atender lo solicitado y con la visación de la Unidad de Administración, Unidad de Planeamiento Estratégico, Equipo de Gestión de la Calidad y Equipo de Asesoría Legal;

En uso de las atribuciones y facultades conferidas al Director de Hospital I - Establecimiento de Salud II-1 Hospital Chulucanas del Gobierno Regional Piura, establecidas en el Reglamento de Organización y Funciones - ROF del E.S. II-1 Hospital Chulucanas, aprobado mediante Ordenanza Regional N.º 330-Regional N° 162-2024/GOBIERNO REGIONAL PIURA-GR, de fecha 06 de marzo de 2024, que resuelve designar al médico EDUARDO RICARDO ÁLVAREZ DELGADO, en el cargo de Director del Hospital I - Establecimiento de Salud II-1 Hospital Chulucanas.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR el PLAN DE TRABAJO ANUAL DEL EQUIPO DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD, correspondiente al periodo 2025; el mismo que forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO. - NOTIFICAR, la presente Resolución Directoral al Archivo Regional del Gobierno Regional de Piura, Dirección Regional de Salud Piura, Unidad de Administración, Unidad de Planeamiento Estratégico, Equipo de Personal, Equipo de Asesoría Legal y Archivo Central.

ARTÍCULO TERCERO.- ENCARGAR, al responsable del Portal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional de la página Web del Hospital.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE



GOBIERNO REGIONAL PIURA
E.S. II-1 HOSPITAL CHULUCANAS
DR. EDUARDO RICARDO ÁLVAREZ DELGADO
CMP. 062700
DIRECTOR

¡En la Región Piura, Todos Juntos Contra el Dengue!

2025



MINISTERIO DE SALUD

**HOSPITAL
CHULUCANAS**

Vidas que salvan vidas

PLAN DE TRABAJO DEL EQUIPO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD.



Plan de Gestión de la Calidad en Salud del E.S.II-1 Hospital Chulucanas 2025.

Equipo de Gestión de la Calidad E.S II-1 Hospital Chulucanas

Dra. Lutzgarda Muro Rentería
Jefa del Equipo de Gestión de la Calidad

Mg. Orlean Escobar Ramírez
Equipo Técnico de Calidad en Salud

Mg. Sonia Rubio Rubio
Equipo Técnico de Calidad en Salud

Lic. Cinthya Sánchez Mejía
Equipo Técnico de Calidad en Salud

Ing. Marco Machacuay Domínguez
Equipo Técnico de Calidad en Salud

Ing. Martín Ramírez Varona
Equipo Técnico de Calidad en Salud

Lic. MaryCarmen García Chuyes
Equipo Técnico de Calidad en Salud

Karen Girón Rufino
Equipo Técnico de Calidad en Salud



INDICE

- I. INTRODUCCIÓN
- II. FINALIDAD
- III. OBJETIVOS
 - III.1. OBJETIVO GENERAL
 - III.2. OBJETIVO ESPECÍFICO
- IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN
- V. BASE LEGAL
- VI. CONTENIDO
 - 1. DEFINICIONES OPERATIVAS
 - 2. IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS
 - 3. CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.
 - 4. CAPACIDAD OPERATIVA
 - 5. EQUIPAMIENTO
 - 6. PROBLEMAS – ANÁLIS FODA
 - 7. CAUSAS DEL PROBLEMA
 - 8. ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN
 - 9. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA AL PEI DEL MINISTERIO DE SALUD
- VII. FINANCIAMIENTO
- VIII. ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN
- IX. INDICADORES
- X. RESPONSABILIDADES
- XI. ANEXOS



Plan de Gestión de la Calidad en Salud del E.S.II-1 Hospital Chulucanas 2025.

I. INTRODUCCIÓN.

El E.S. II-1 hospital Chulucanas es una IPRESS pública del MINSA con población asignada 40 156 habitantes y población referencial de la Sub Región de salud Morropón Huancabamba procedente de las zonas del alto Piura que asciende a más de 367 781 habitantes, que incluye las provincias de Morropón, Huancabamba y Ayabaca, con un total de 20 distritos y 140 Establecimientos de salud. El hospital tiene alta demanda de los servicios de hospitalización y emergencia y alta demanda de atención de enfermedades que corresponden a niveles de atención de mayor complejidad.



Dentro del marco del Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" y el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud" los enfoques de calidad han venido avanzando, en la medida de que ya no se centran exclusivamente en los servicios prestacionales de salud ni en la satisfacción de los usuarios sino que son parte de un Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, que tiene los siguientes principios: Enfoque al usuario; Liderazgo; Participación del personal; Enfoque basado en procesos; Enfoque sistémico para la gestión; Mejora continua de la Calidad; Toma de decisiones basada en la evidencia y Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor. El Equipo de Gestión de la Calidad tiene como objetivo general implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en la Institución evaluando estrategias, metodologías e instrumentos orientados a los resultados, enmarcados en la gestión por procesos, siendo uno de los pilares lograr la acreditación lo cual redundará en una atención de mejor calidad: oportuna, completa, segura y con trato humanizado, lo cual garantiza un adecuado nivel de satisfacción y seguridad de nuestros usuarios externos e internos en relación a los servicios otorgados.



II. FINALIDAD.

Contribuir a mejorar los procesos de atención de los servicios, incorporando acciones de mejora continua de la calidad de atención en función a las oportunidades de mejora identificadas para la mejora de satisfacción del usuario en el E.S II-1 Hospital Chulucanas.



III. OBJETIVOS.

III.1. OBJETIVO GENERAL

Fortalecer el Sistema de Gestión de la Calidad y la Mejora Continua en el E. S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS para el periodo 2025.



III.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Mejorar la Calidad de Atención en Salud de manera permanente y sistemática.
- Gestionar los riesgos en la atención de salud a fin de garantizar una atención segura.
- Establecer la gestión por procesos como mecanismo de mejora continua en concordancia con los estándares nacionales e internacionales.
- Mejorar la experiencia del paciente y acompañante fortaleciendo los mecanismos de escucha y medición de la satisfacción del usuario.



IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN.

El presente plan es de aplicación en todas las Unidades Orgánicas y Funcionales del E.S. II-1 Hospital Chulucanas.

V. BASE LEGAL.

1. Ley N°26842, Ley General de Salud.
2. Ley N°29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
3. Ley N°29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
4. Decreto Supremo N°026-2020, que aprueba la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú, País saludable".
5. Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud"
6. Resolución Ministerial No 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
7. Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA que aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
8. Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", del 29 de octubre del 2009.
9. Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Chequeo de Cirugía Segura.
10. Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA que aprueba la Lista de Chequeo de Cirugía Segura.
11. Resolución Ministerial N°527-2011/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la evaluación de la Satisfacción del usuario externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
12. Resolución Ministerial N°095-2012/MINSA, Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora y la aplicación de Técnicas y herramientas para la Gestión de la Calidad.
13. 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".
14. Resolución Ministerial N°168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones asociadas a la atención de la salud.
15. Resolución Ministerial N°502-2016/MINSA, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud".
16. Resolución Ministerial N° 631-2016/IGSS que aprueba la Directiva Sanitaria N° 005-IGSS/V.1 " Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela .
17. Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud"



Plan de Gestión de la Calidad en Salud del E.S.II-1 Hospital Chulucanas 2025.

18. Resolución Ministerial N°214-2018/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N°139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
19. 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 Servicios de Salud-IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-UGIPRESS, Públicas, Privadas o Mixtas".
20. Resolución Ministerial N°163-2020/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud.
21. Resolución Secretarial N°090-2022-MINSA, aprueba la Directiva Administrativa N°326-MINSA/OGPPM-2022 "Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud".
22. Resolución Ministerial N°826-2021/MINSA, que aprueba las "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
23. Resolución Ministerial N°090-2022/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N°326-MINSA/OGPPM-2022, "Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud".
24. Resolución Ministerial N°354-2022/MINSA, que aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2019-2025 Ampliado del Ministerio de Salud.

VI. CONTENIDO.

VI.1. Definiciones Operativas.

- **Acreditación:** Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo de las unidades productoras de servicios en un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.
- **Auditoría de la Calidad de la Atención de Salud:** Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de la salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones. La auditoría de la calidad de atención de la salud, en ninguna modalidad o tipo, tiene motivaciones o fines punitivos.
- **Autoevaluación para la Acreditación:** Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la que se cuenta con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejora.

Plan de Gestión de la Calidad en Salud del E.S.II-1 Hospital Chulucanas 2025.

- **Calidad de la Atención de Salud:** Provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de los pacientes.
- **Complicación:** Resultado clínico desfavorable e inherente a las condiciones propias del paciente o de su enfermedad.
- **Cultura de Seguridad:** También conocida como cultura segura, un entorno colaborativo en el que clínicos cualificados se tratan unos a otros con respeto, los líderes dirigen un trabajo en equipo efectivo y promueven la seguridad psicológica, los equipos aprenden de los errores.
- **Evento relacionado con la seguridad del paciente:** Es un evento, incidente o condición que podría producir o producir lesiones en un paciente. Un evento de seguridad del paciente puede ser, pero no es necesariamente, el resultado defectuoso del proceso o sistema, un fallo del sistema, un fallo de equipo, o un error humano. Pueden ser: incidentes, eventos adversos y eventos centinela.
- **Evento Adverso:** Es una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede ser causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.
- **Evento Centinela:** Es aquel evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad en salud, pues por lo general es la manifestación de que algo está fallando en el proceso de atención. No todos los eventos adversos son eventos centinela.
- **Humanización de la Atención:** Es orientar la actuación del personal asistencial y administrativo hacia el servicio del paciente, ofreciéndole una asistencia integral con calidad y calidez, que responda a las dimensiones: Psicológica, Biológica, Social y Espiritual.
- **Incidente relacionado con la seguridad del paciente:** Es el suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias. El daño que podría haber ocasionado al paciente es innecesario e imprevisto. Cuando un incidente causa daño o lesión se denomina evento adverso.
- **Mejora Continua:** Actividad recurrente para aumentar la capacidad de cumplimiento de los estándares del sistema de gestión de la calidad con la finalidad de aumentar la satisfacción de los pacientes.
- **Práctica Segura:** Intervención tecnológica, científica o administrativa en el proceso asistencial en salud, estudiada y estandarizada con la finalidad de minimizar la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso.



Plan de Gestión de la Calidad en Salud del E.S.II-1 Hospital Chulucanas 2025.

- **Riesgo:** Combinación de la probabilidad de que se produzca un evento y sus consecuencias negativas, sujeto a la ocurrencia de lo considerado como amenaza o vulnerabilidad. Los factores que componen la vulnerabilidad son la exposición, la susceptibilidad y la resiliencia. La amenaza se determina en función de la intensidad y la frecuencia.
- **Satisfacción del usuario externo:** Grado de cumplimiento por parte de la organización de salud, respecto a las expectativas y percepciones del usuario en relación a los servicios que esta le ofrece.
- **Seguridad del Paciente:** Ausencia de un daño innecesario, real o potencial, asociado a la atención sanitaria. Comprende un conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o mitigar sus consecuencias.
- **Sistema de Gestión de la Calidad en Salud:** Es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud del sector y a sus dependencias públicas y privadas a nivel nacional, regional y local, en lo relativo a la calidad de atención y de la gestión.
- **Sistema de Notificación de Eventos Adversos:** Es un sistema de reporte que permite la identificación de eventos adversos e incidentes que ocurren durante la atención de salud a fin de realizar un análisis a profundidad de los factores que contribuyen a la presentación del evento o incidente.
- **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 familia y comunidad.

VI.2. Identificación y Priorización de problemas.

Componentes del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

PLANIFICACIÓN PARA LA CALIDAD	• Sistema. • Políticas. • Estrategias. • Objetivos. • Planes de acción.	ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD	• Nivel nacional. • DISAS / DIREAS. • Redes. • Microrredes. • Establecimientos.
GARANTÍA Y MEJORA	• Auditoría de la calidad de atención. • Acreditación de establecimientos. • Seguridad del paciente. • Procesos de mejora continua. • Evaluación de la tecnología sanitaria.	INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD	• Instrumentos para medición de la calidad. • Mecanismos para la atención del usuario. • Indicadores del sistema gestión de la calidad.

Fuente: Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud". RM N°519-2006/MINSA

Plan de Gestión de la Calidad en Salud del E.S.II-1 Hospital Chulucanas 2025.

VI.3. Criterios de programación para la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.

Los Criterios de Programación (Anexo N°1) se han formulado tomando en cuenta los componentes del sistema de gestión de la calidad: Planificación, Garantía y mejora, Información. Mediante los Criterios de Programación se estandariza las definiciones operacionales, fuentes de verificación, metas e indicadores de las actividades sujetas de programación para la implementación del Sistema de gestión de la calidad en Salud a nivel nacional, por lo que se solicita asignar recursos y brindar facilidades para su implementación entre ellas el despliegue de estrategias de organización, de educación, de sostenibilidad, de reconocimiento, de evaluación y monitoreo.

Tabla N° 01
Componentes del SGCS y criterios de programación
del Plan de Gestión de la Calidad 2025

Componentes	Criterios de Programación	Responsables
PLANIFICACIÓN	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad	Equipo de Gestión de la Calidad, Dirección
GARANTÍA Y MEJORA	Implementación de la LVSC	Equipo Conductor LVSC
	Implementación del registro, notificación y análisis de la ocurrencia de eventos adversos	Equipo de Gestión de la Calidad, Servicios Especializados
	Implementación de proyectos y/o acciones de mejora	Equipo de Gestión de la Calidad Servicios Especializados
	Implementación de la Auditoría de la Calidad de atenciones	Equipo de Gestión de la Calidad, CAM, CAS
	Implementación del proceso de higiene de manos	Coordinación Técnica de Epidemiología Equipo de Gestión de la Calidad,
	Implementación de Rondas de Seguridad del Paciente	Equipo de Gestión de la Calidad, Equipo de Rondas de Seguridad
	Autoevaluación	Equipo de Gestión de la Calidad,
INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD	Evaluación de la satisfacción del usuario externo	Plataforma de Atención al Usuario de servicios de Salud

Plan de Gestión de la Calidad en Salud del E.S.II-1 Hospital Chulucanas 2025.

Cada criterio de programación cuenta con actividades que se han incluido al Plan de Gestión de la Calidad, así mismo, actividades adicionales que realiza el Equipo de Gestión de la Calidad como son:

- Gestión del Libro de Reclamaciones en Salud,
- Gestión de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud (PAUS)
- Revisión de Guías de Práctica Clínica, Guías de Procedimiento, etc.
- Monitoreo y Seguimiento de ID y CM del Convenio de Gestión año 2025.

VI.4. Capacidad Operativa.

- **Recurso Humano del Equipo de Gestión de la Calidad (Nombrado,Cas)**

Tabla N° 02
Capacidad Operativa de la Oficina de Gestión de Calidad.

PROFESIONAL	ACTIVIDADES	CAS	NOMBRADO	TOTAL
Médico Especialista Jefe de servicio	Indicadores de Desempeño y Compromisos de mejora. Auditoría Médica y Auditoría en Salud		X	1
Médico Auditor	Auditoría Médica. GPC, Protocolos y Guías de Procedimientos	X		1
Mg. Gestión de Servicios de Salud	Mejora Continua en Gestión por Procesos. Acreditación		X	1
Magister – Especialista - Auditora	Gestión del Riesgo en Salud		X	1
Enfermera Auditora	Seguridad del Paciente	X		1
Ingeniero de Sistemas	Indicadores de Desempeño y Compromisos de mejora.	X		1
Comunicadora Social	Plataforma de Atención al Usuario – Libro de Reclamaciones	X		1
Técnico Administrativo	Acciones Administrativas de la oficina	X		1

Plan de Gestión de la Calidad en Salud del E.S.II-1 Hospital Chulucanas 2025.

VI.5. Equipamiento

- Cuenta con un ambiente, con 04 escritorios, 09 sillas y 03 Laptops, 01 teléfono, en el segundo piso, área administrativa.
- Además, en el primer piso, cuenta con un ambiente para la Plataforma de Atención al Usuario - PAUS, con un escritorio, una PC y 1 teléfono.

VI.6. Problema – Análisis FODA.

- Personal capacitado y con experiencia en Gestión de la Calidad en Salud
- Compromiso de la Dirección del Establecimiento de Salud en Calidad y Mejora Continua.
- Buen clima laboral en la oficina y los comités de trabajo.
- Jefes de servicios comprometidos en el cumplimiento de metas.
- Reuniones frecuentes de gestión y evaluación de los servicios.
- Jefes de servicio y áreas que apuestan por el cambio y la innovación en sus servicios a través de la estandarización de procesos, auditoría, acreditación y seguridad del paciente.
- Cumplimiento de indicadores de gestión hospitalaria que incentiva a los servidores.

- Contar con nueva infraestructura hospitalaria.
- Políticas multisectoriales en salud que involucran acciones de calidad.
- Tecnologías de Información Innovadoras que se adaptan a la institución.
- Existencia de convenios de gestión para fortalecer la mejora continua de la calidad y la gestión hospitalaria.
- Presupuestos nacionales por cumplimiento de indicadores y metas.



Plan de Gestión de la Calidad en Salud del E.S.II-1 Hospital Chulucanas 2025.

DEBILIDADES

- El Equipo de gestión de la calidad no se encuentra incluida dentro del ROF del establecimiento.
 - Débil cultura de seguridad del paciente.
 - No contamos con presupuesto destinado para las actividades propias del equipo.
 - Recursos Humanos limitados para el equipo y con especialización en los ejes abordados.
 - No se cuenta con aplicativos informáticos que permitan el registro y gestión en línea de datos de seguridad del paciente y auditoría.
 - Personal de la Institución no se involucra con las actividades, problemas para la continuidad de los miembros de los comités.
 - Existe demora en la respuesta de los servicios sobre implementación de recomendaciones.
- Falta de comunicación con algunas oficinas administrativas para conocer el tema de adquisiciones para la implementación de acciones de mejora.

AMENAZAS

- Cambio de Política en el Gobierno Central.
- Normatividad Minsa sobre Calidad en Salud Desactualizada.
- Falta de capacitación de los equipos en temas de mejora continua por parte del Minsa
- Directores de turno en las Instituciones de salud que no sintonizan con la importancia de gestión de la calidad en las organizaciones.
- Pandemias y enfermedades emergentes.

VI.7. Causas del Problema.

La Gestión de la Calidad es transversal a todos los servicios de la institución, se basa no sólo en cumplimiento de normativas si no también en entrenar al personal en la identificación de riesgos en la atención en salud, asegurar una atención con atributos de calidad, trabajar bajo el esquema de gestión por procesos y teniendo al paciente como centro de nuestra atención en salud.

Dentro de las principales causas de problemas que pueden repercutir en el cumplimiento de los objetivos e indicadores del plan tenemos:

- Existencia de personal asistencial y administrativo que no se integra ni compromete con la cultura de seguridad.
- No contamos con aplicativos informáticos para el reporte de indicadores de seguridad del paciente y auditoría.

Plan de Gestión de la Calidad en Salud del E.S.II-1 Hospital Chulucanas 2025.

- Necesidad de recurso humano preparado y capacitado para el abordaje de los ejes temáticos del área.
- Establecer sostenibilidad en las acciones implementadas para obtener resultados a corto y largo plazo.
- Falta de disponibilidad de los miembros de los Comités de Auditoría.
- No todas las jefaturas priorizan la implementación de acciones de mejora de rondas de seguridad, auditoría, reclamos y otros.

VI.8. Alternativas de Solución.

- Reconformar comités de Auditoría y considerar un médico Auditor específico para el Equipo.
- Implementar aplicativos informáticos que permitan ejecutar los procesos de registro, monitoreo y supervisión.
- Establecer un Plan de Capacitación que contenga acciones de capacitación respecto a los ejes temáticos del área.
- Incorporar personal capacitado al Equipo para fortalecer el trabajo articulado con todas las áreas.
- Establecer políticas y acciones sostenibles para el equipo, las cuales trasciendan las gestiones institucionales.
- Establecer la Gestión por Procesos como un determinante para la modernización de la gestión.
- Ejecutar acciones de monitoreo y seguimiento de las acciones de mejora implementadas producto de las recomendaciones dadas durante las visitas y las rondas de seguridad.
- Establecer acciones urgentes y sostenibles para mejorar la adherencia a la higiene de manos en los servicios asistenciales.
- Ejecutar reuniones permanentes con los encargados del monitoreo de indicadores para evaluar el avance y tomar acciones correctivas.



VI.9. Articulación Estratégica al PEI del Ministerio de Salud.

Tabla N° 03
Articulación Estratégica para el Desarrollo de Actividades del Área de Gestión de la Calidad.

POLÍTICA NACIONAL	OBJETIVO PEI-MINSA 2019-2025	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICO
 Sexta Política Nacional de Calidad en Salud  Séptima Política Nacional de Calidad en Salud  Octava Política Nacional de Calidad en Salud	OEI 04. Fortalecer la Rectoría y Gobernanza sobre el sistema de salud; y la gestión institucional; para el desempeño eficiente; ético e íntegro; en el marco de la modernización de la gestión pública.	<i>Fortalecer la calidad de la atención de la salud para la satisfacción del usuario a fin de fortalecer el sistema de gestión de la calidad del E.S. II-1 hospital Chulucanas.</i>	1. Mejorar la calidad de atención en salud de manera sistemática y permanente.
			2. Gestionar los riesgos en la atención de salud a fin de garantizar una atención segura.
			3. Establecer la gestión por procesos como mecanismo de mejora continua en concordancia con los estándares nacionales e internacionales.
			4. Mejorar la experiencia del paciente y acompañante fortaleciendo los mecanismos de escucha y medición de la satisfacción del usuario.

VII. FINANCIAMIENTO.

El financiamiento de las actividades del presente plan se realizará con recursos provenientes del E.S II-1 Hospital Chulucanas, asignados de acuerdo a la disponibilidad presupuestal.

VIII. ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN.

Acciones de Monitoreo, Supervisión y Evaluación del Plan Se realizará el monitoreo, supervisión y evaluación a los Planes, Programas y actividades con la finalidad de poder evaluar el cumplimiento de las metas propuestas en los siguientes ítems:

- Plan de Seguridad del Paciente
- Seguimiento de la Acreditación Institucional
- Plan de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud
- Programa de Capacitación en normas y herramientas de calidad.
- Ejecución de las Rondas de Seguridad del Paciente
- Encuestas de Satisfacción al Usuario Externo e Interno
- Informes de Gestión del Libro de Reclamaciones en Salud y Plataforma de Atención al Usuario en Salud.

La supervisión y el monitoreo tienen la finalidad de realizar, en forma oportuna, las medidas correctivas que permitan cumplir con las metas y objetivos planteados, mientras que la evaluación tiene el propósito de identificar las oportunidades de mejora de los mismos. En ese sentido, el cumplimiento de las actividades y la implementación del presente Plan, será de responsabilidad del Equipo de Gestión de la Calidad.



Plan de Gestión de la Calidad en Salud del E.S.II-1 Hospital Chulucanas 2025.

XI. Indicadores.

Tabla N° 4

Matriz de Indicadores del Plan de Gestión de la Calidad en Salud año 2025

CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN	INDICADORES	FUENTE DE VERIFICACION/REGISTRO	UNIDAD DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACION	META
Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad en Salud	Numero de E.E.S.S que cuentan con Plan Anual de Gestión de la Calidad aprobado	Plan de Gestión de la Calidad en Salud aprobado por la Jefatura/Dirección.	Plan aprobado	1	100%
Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de Cirugía en centros quirúrgicos de los establecimientos de salud que realicen intervenciones quirúrgicas	Numero de establecimientos de salud que implementan la lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía/ Numero total de establecimientos de salud que realicen intervenciones quirúrgicas	Lista de verificación de Seguridad de la Cirugía aplicadas. Informe de la implementación de la lista de verificación de seguridad de la cirugía (que contiene encuestas de evaluaciones de la implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía)	Informe	2	100%
Implementación de mecanismos para el Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Incidentes y Eventos Adversos en salud en los establecimientos de salud.	Numero de establecimientos de salud que remiten informe consolidado de incidentes y eventos adversos en salud/total de establecimientos de salud Numero de establecimientos de salud que remitan informes del análisis de eventos adversos en salud /Total de establecimientos en salud	Reporte de incidentes y eventos adversos registrados y notificados. Informe trimestral consolidado de incidentes y eventos adversos registrados y notificados en los establecimientos de salud. Informe trimestral de análisis de eventos adversos	Informe	4	100%
Implementación de la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud en los establecimientos de salud	Numero de establecimientos de salud que informan auditorías realizadas en cumplimiento de su Plan Anual de Auditoría/total de establecimientos de salud	CAS Y CAM Conformados, Plan anual de auditoría de la Calidad de la atención en salud., Informe de auditorías (programadas, no programadas) y evaluaciones de calidad de registros de HC realizadas. Informe de Implementación de recomendaciones.	Informe	2	100%
Implementación de los proyectos y/o acciones de mejora según normativa vigente (a partir de categoría 1-3)	Numero de establecimientos de salud que implementan proyectos/acciones de mejora /Total de establecimientos de salud.	Informe semestral sobre la implementación de los proyectos y/o acciones de mejora.	Informe	2	100%
Implementación del proceso de higiene de manos de los establecimientos de salud (a partir de categoría 1-3)	Numero de establecimientos de salud que implementan el proceso de higiene de manos /Total de establecimientos de salud. Porcentaje global promedio de la adherencia a la higiene de manos por Establecimiento de Salud.	Informes trimestrales que incluyan las actividades de Capacitación, monitoreo, supervisión y evaluación de la adherencia a la higiene de manos de los establecimientos de la salud.	Informe	4	100%
Implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud en los establecimientos de salud	Numero de establecimientos de salud que impliquen las Rondas de Seguridad del Paciente/Total de establecimientos de salud. Porcentaje de cumplimiento de Buenas Prácticas.	Informes trimestrales de la implementación de Rondas de Seguridad del paciente de los establecimientos de salud.	Informe	4	100%
Implementación de la Autoevaluación del Proceso de Acreditación de establecimientos de salud (a partir de categoría 1-1)	Numero de establecimientos de salud que remite Informe Técnico de Autoevaluación/Numero total de establecimientos de salud, programado para autoevaluación.	Informe sobre Conformación de Equipo de Acreditación, equipo de evaluadores internos, plan de Autoevaluación, oficina de comunicación de inicio de Autoevaluación e Informe Técnico de Autoevaluación de los EESS que incluye reporte semafórico emitido por el Aplicativo.	Informe	1	100%
Evaluación de la satisfacción del usuario externo en establecimientos de salud (a partir de categoría 1-3)	Porcentaje de establecimientos de salud que realizan evaluación de la satisfacción del usuario externo en consulta externa, hospitalización y emergencia según categoría. Porcentaje global de usuarios satisfechos con los servicios de consulta externa, hospitalización y emergencia de establecimientos de salud según categoría y nivel.	Informe anual emitido por los establecimientos de salud, sobre los resultados de la evaluación de la satisfacción del usuario externo con consulta externa, hospitalización y emergencia. En establecimientos de salud (a partir de categoría 1-3)	Informe	1	100%

Plan de Gestión de la Calidad en Salud del E.S.II-1 Hospital Chulucanas 2025.

X. Responsabilidades.

- Las unidades de organización, los distintos comités y equipos de trabajo involucrados, en el marco de sus competencias deben cumplir con las actividades que les corresponda y remitir al Equipo de Gestión de la Calidad quien consolidará la información para informar a la Dirección Regional de salud Piura.
- El Equipo de Gestión de la Calidad (UGC) es responsable del seguimiento, evaluación del plan y reportar su cumplimiento a la Dirección, para lo cual solicitará a cada miembro del equipo técnico de la UGC, así como a los demás involucrados, el informe de las actividades desarrolladas y el cumplimiento de metas; a fin de consolidar dicha información en un informe técnico que, posteriormente será remitido a las unidades y equipos según corresponda.



XI. Anexos.

- Criterios de programación 2025.



CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN 2025.

Para la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud

DENOMINACION			CARACTERÍSTICAS DE PROGRAMACION			
COMPONENTE	CRITERIOS DE PROGRAMACION	UNIDAD DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACION	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACION/REGISTRO	INDICADORES
Garantía y mejora	1	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad en Salud	1	Documento mediante el cual se establecen los antecedentes, objetivos, actividades y tareas correspondientes a las líneas de acción del sistema de Gestión de la Calidad en Salud.	Plan de Gestión de la Calidad en Salud aprobado por la Jefatura/Dirección.	Número de E.E.S.S. que cuentan con Plan Anual de Gestión de la Calidad aprobado
	2	Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en centros quirúrgicos de los establecimientos de salud que realicen intervenciones quirúrgicas	2	Aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía en los centros quirúrgicos de los establecimientos de salud así como, de las encuestas de evaluación de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (a cargo del equipo conductor), conforme lo establecido en la normatividad vigente.	Lista de verificación de Seguridad de la Cirugía aplicada. Informe de la implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía. Encuestas de evaluaciones de la implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía	Número de establecimientos de salud que implementan la lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía/ Número total de establecimientos de salud que realicen intervenciones quirúrgicas
	3	Implementación de mecanismos para el Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de incidentes y eventos adversos en salud en los establecimientos de salud.	4	Desarrollo del procedimiento para el registro, notificación y el análisis de la ocurrencia de incidentes y eventos adversos en salud en los establecimientos de salud.	Reporte de incidentes y eventos adversos registrados y notificados. Informe trimestral consolidado de incidentes y eventos adversos. Informes trimestrales de análisis de eventos adversos	Número de establecimientos de salud que remiten informe consolidado de incidentes y eventos adversos en salud/Total de establecimientos de salud/Total de establecimientos de salud que remiten informes del análisis de eventos adversos en salud/Total de establecimientos de salud
	4	Implementación de la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud en los establecimientos de salud	2	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 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.	CAS Y CAM Conformados, Plan anual de auditoría de la Calidad de la atención en salud, Informe de auditorías (programadas, no programadas) y evaluaciones de calidad de registros de HC realizadas. Informe de implementación de recomendaciones.	Número de establecimientos de salud que implementan auditorías realizadas en salud/Plan Anual de Auditoría/ Total de establecimientos de salud
	5	Implementación de los proyectos y/o acciones de mejora según normativa vigente (a partir de categoría 1-3)	2	Actividades sobre desarrollo de proyecto y/o acciones de mejora en base a problemática identificada referente a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y las prioridades sanitarias nacionales y regionales.	Informe semestral sobre la implementación de los proyectos y/o acciones de mejora.	Número de establecimientos de salud que implementan acciones de mejora/ Total de establecimientos de salud
Información	6	Implementación del proceso de higiene de manos de los establecimientos de salud (a partir de categoría 1-3)	4	Actividades desplegadas de planificación, capacitación, monitoreo, supervisión y evaluación para cumplir con el proceso y adherencia a los 5 momentos, en coordinación con los responsables de la oficina de Epidemiología. Actividades desplegadas por el día mundial de higiene de manos 5 de mayo.	Informes trimestrales que incluyen las actividades de Capacitación, monitoreo, supervisión y evaluación de la adherencia a la higiene de manos de los establecimientos de salud.	Número de establecimientos de salud que implementan el proceso de higiene de manos/Total de establecimientos de salud. Porcentaje global promedio de la adherencia a la higiene de manos por Establecimiento de Salud.
	7	Implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud en los establecimientos de salud	4	Actividades desplegadas por parte del los equipos de Rondas de Seguridad del Paciente de E.E.S.S. para evaluar la ejecución de las Buenas Prácticas de la Atención en Salud, seleccionada al azar, mediante la aplicación de verificaciones (Retraminta Informática)	Informes trimestrales de la implementación de Rondas de Seguridad del paciente de los establecimientos de salud.	Número de establecimientos de salud que implementan las Rondas de Seguridad del Paciente/ Total de establecimientos de salud. Porcentaje de cumplimiento de Buenas Prácticas.
	8	Implementación de la Autoevaluación del Proceso de Acreditación de establecimientos de salud (a partir de categoría 1-3)	1	Actividades de evaluación interna del Proceso de Acreditación del establecimiento de salud, en la evaluación del cumplimiento de estándares preestablecidos, según los procesos y procedimientos y clasificación en categorías de Macroprocesos Gerenciales, prestaciones y de Apoyo.	Informe sobre Conformación de Equipo de Acreditación, equipo de evaluadores internos, plan de Autoevaluación, oficio de comunicación de Inicio de Autoevaluación e Informe Técnico de Autoevaluación de los E.E.S.S. que incluye reporte semestralizado emitido por el Aplicativo.	Número de establecimientos de salud que remite informe de Autoevaluación/ Número total de establecimientos de salud programado para autoevaluación.
	9	Evaluación de la satisfacción del usuario externo de establecimientos de salud (a partir de categoría 1-3)	1	Actividad de evaluación del grado de satisfacción del usuario externo mediante aplicación de encuestas SERVQUAL. Modificada, procesamiento y reporte con el aplicativo (formato excel), en consulta externa, hospitalización y emergencia, en establecimientos de salud (a partir de la categoría 1-3)	Informe anual emitido por los establecimientos de salud, sobre los resultados de la evaluación de la satisfacción del usuario externo en consulta externa, hospitalización y emergencia. En establecimiento de salud (a partir de categoría 1-3)	Porcentaje de establecimientos de salud que realizan evaluación de la satisfacción del usuario externo en consulta externa, hospitalización y emergencia según categoría. Porcentaje global de usuarios satisfechos con los servicios de consulta externa, hospitalización y emergencia de establecimientos de salud según categoría INIVEC

