



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima 20 de Marzo de 2025

VISTO: el expediente N° 04835-2025, que contiene Nota Informativa N° 029-2025-OGC/HNCH, de fecha 03 de marzo del año en curso, emitido por la Oficina de Gestión de la Calidad y;

CONSIDERANDO:

Que, a través de los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, se dispone que la salud es condición indispensable para el desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. Por lo que su protección es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado, regularla, vigilarla y promoverla;

Que, por Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, encontrándose entre ellos, el acceso a los servicios de salud, la información y el consentimiento informado.

Que, por Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios médicos de Apoyo, el cual 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, por Decreto Supremo N° 002-2019-SA Aprueban Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud- IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.

Que, por Resolución de la Presidencia del Consejo Directivo N° 033-2017-CEPLA-PCD se aprobó la guía de planeamiento Institucional modificada con la RPCD N° 016 2019/CEPLAN/PCD, guía que proporciona un marco normativo y metodológico para el planeamiento institucional dentro del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico (SINAPLAN), estableciendo directrices para la formulación y actualización del Plan Estratégico Institucional (PEI) y el Plan Operativo Institucional (POI) con el propósito de



garantizar la mejora continua en la gestión pública. Su alcance se extiende a entidades de los tres niveles de gobierno—nacional, regional y local—en cumplimiento del Decreto Legislativo N° 1088, y su implementación es progresiva para las empresas bajo el ámbito de FONAFE y las Entidades de Tratamiento Empresarial (ETE), de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución de Presidencia de Consejo Directivo N° 026-2017/CEPLAN/PCD.

Que, por Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el DT "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo;

Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA aprueba la NTS No 050-MINSA/DGSPV: 02. "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médico de Apoyo, cuya finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y el sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuentan con previamente definidos; capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, por Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba la DT "Política Nacional de Calidad en Salud", que tiene como objetivo establecer las directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de la salud en el sistema de salud del Perú; cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional.

Que, por Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, se aprueba la GT "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", tienen 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.

Que, por Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, se aprueba la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, teniendo como fin disminuir los eventos asociados a la atención de los pacientes en sala de operaciones y recuperación de los establecimientos de salud.

Que, por Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA, se aprueba la "Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía", que busca incrementar el cumplimiento de los estándares de calidad y la seguridad en la atención de los pacientes.

Que, por Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, se aprueba la GT "Guía para la elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad", cuya finalidad es contribuir a la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud y sus actividades dirigidas a la mejora continua de los procesos a través de la aplicación de técnicas y herramientas.





RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima 20 de Marzo de 2025



Que, por Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud", siendo la finalidad contribuir a la disminución de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS), en los establecimientos de salud, a través del cumplimiento de directrices en vigilancia, prevención y control de estos eventos;



Que, por Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA que aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES V.02 "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud", cuya finalidad es contribuir a mejorar la calidad de la atención en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo en el Sector Salud; norma técnica que tiene como finalidad, fortalecer la función gerencial de control interno Institucional a fin de promover la calidad y la mejora continua en las prestaciones de los servicios de salud;



Que, por Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, se aprueba la NTS N° 139 - MINSA/2018/DGAIN: Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, norma técnica que tiene como finalidad de contribuir a mejorar la calidad de atención a los usuarios de los servicios de salud, a través de un adecuado manejo, conservación y eliminación de las Historias Clínicas, así como proteger los intereses legales de los usuarios, del personal de la salud y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS del Sector Salud;

Que, por Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSA, se aprueba la Directiva Sanitaria de rondas de seguridad del paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud, que busca mejorar la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de salud, disminuyendo los riesgos en la atención de salud en las IPRESS públicas, privadas y mixtas del sector salud;

Que, por Resolución Jefatural N° 631-2016/IGSS se aprueba la Directiva Sanitaria N° 005- IGSS/V.01 "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas.

Que, por Resolución Jefatural N° 764-2016/IGSS se aprueba la Directiva Sanitaria No 009- IGSS/V.01 "Análisis de los eventos centinelas en la IPRESS y UGIPRESS.

Que, por Resolución de la Superintendencia de Salud N° 030-2020. SUSALUD / Clasificación, lineamientos y aplicativo informático para la remisión de la información de reclamos de los usuarios.

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

Que, estando a lo propuesto por la Oficina de Gestión de la Calidad, y la opinión de la Oficina de Asesoría Jurídica en el informe N° 155 -2025-OAJ HNCH;

Con visto de la Oficina de Gestión de la Calidad, y de la Jefatura de la Oficina de Asesoría Jurídica;

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

SE RESUELVE:

Artículo 1°. -APROBAR el Plan Anual del Sistema de Gestión de Calidad en Salud en el Hospital.

Artículo 2°. DISPONER que la Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática efectúe la publicación de la Presente Resolución y el Plan aprobado, en la página web del Hospital Nacional Cayetano Heredia.



REGÍSTRESE Y COMUNIQUESE



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
"DR. MANUEL ALBERTO DÍAZ DE LOS SANTOS"
DIRECTOR GENERAL
CMP. 37902 RNE: 20910

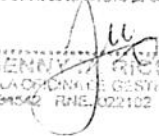
	DIRECCION GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA	Código: DTP/OGC- 003-2025
	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	
	DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN ANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD- HNCH 2025	Página: 1 de 15

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN ANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD- HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA 2025

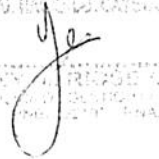


Elaboración y Fecha:	Revisión y Fecha:	Aprobación y Fecha:
Oficina de Gestión de la Calidad	Oficina de Gestión de la Calidad	Dirección General
Febrero 2025	Febrero 2025	Marzo 2025

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA


DRA. JENNY ROSE OSORIO
JEFE DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
CMP: 091542 RNE: 022102 RNAS: A11044

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA


DRA. JENNY ROSE OSORIO
JEFE DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
CMP: 091542 RNE: 022102 RNAS: A11044

	DIRECCION GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA	Código: DTP/OGC- 003-2025
	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	
	DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN ANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD- HNCH 2025	Página:2 de 15

M.C. Manuel Díaz de los Santos
Director General

Abog. Juan Carlos Paz Aranda
Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica

M.C Jenny Ricse Osorio
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad:

- o M.C. Fernando Durand Concha
Equipo Técnico de la OGC
- o M.C Claudia Chira Rivas
Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad
- o M.C. Ydelsa Natividad Duarte Gallardo
Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad
- o Mg Marlene Inés Huaylinos Antezana
Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad
- o Espc. Margarita Nancy Arce Flores
Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad
- o C.D Sonia Eddit Negreiros Ames
Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad
Tec. Adm. Flor Cortez Romero
Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad- PAUS
Tec-Adm. Jessica Viviana Montalva Torero
Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad –Secretaría

Revisión Normativa:

- o Oficina de Asesoría Jurídica



	DIRECCION GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA	Código: DTP/OGC- 003-2025
	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	
	DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN ANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD- HNCH 2025	Página:3 de 15

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN ANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD EN EL HNCH 2025

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	4
II.	FINALIDAD	4
III.	OBJETIVOS	4
IV.	ÁMBITO DE APLICACIÓN	5
V.	BASE LEGAL	5
VI.	CONTENIDO	6
VII.	RESPONSABILIDADES	8
VIII.	ANEXOS	9
IX.	BIBLIOGRAFÍA	15

[Handwritten signature]



	DIRECCION GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA	Código: DTP/OGC- 003-2025
	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	
	DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN ANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD- HNCH 2025	Página:4 de 15

I. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud, como ente Rector de Salud, busca la mejora de manera permanente el Sistema Nacional de Salud, bajo los principios de equidad, eficiencia y calidad. Por ello, es imprescindible que los órganos y entidades que conforman el sistema de salud, formulen objetivos y diseñen las estrategias encaminadas a la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad con sus componentes de planificación, organización, garantía de la calidad e información para la calidad, este último incorpora la atención del usuario en base a la escucha activa a través de las inconformidades de la atención, encuestas, mediciones de tiempos de espera, y estudios operativos.

En el marco del lineamiento propuesto, el Hospital Nacional Cayetano Heredia, tiene como propósito para el año 2025, fortalecer el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud institucional, que se plasma a través del presente documento técnico denominado Plan Anual del Sistema de Gestión de Calidad en Salud que busca ejecutar las actividades programadas por cada línea de acción programadas en cumplimiento a lo establecido por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud – MINSA, para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

II.- FINALIDAD

El presente Plan Anual del sistema de Gestión de la Calidad tiene como finalidad establecer los objetivos, líneas de acción, estrategias, metodología e indicadores, conducentes a cimentar y consolidar los componentes del Sistema de Gestión de la Calidad institucional; con énfasis en los procesos que involucran a todos los Servicios y Departamentos asistenciales, así como a los Órganos que brindan el soporte administrativo del Hospital Cayetano Heredia.

III.- OBJETIVOS GENERAL

3.1 Establecer acciones con el despliegue de los componentes del sistema de gestión de calidad según el marco normativo vigente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.1.1 Ejecutar las actividades a través de la implementación de los componentes del sistema de gestión de calidad de planificación, organización, mejora continua de la calidad de atención e información para la calidad.
- 3.1.2 Brindar atención al usuario a través de la escucha activa de las inconformidades de los usuarios en la plataforma de atención del usuario en salud (PAUS)
- 3.1.3 Evaluar los procesos internos en los diferentes servicios a través de la implementación del plan cero colas en la Consulta Externa
- 3.1.4 Realizar asesoría técnica en la elaboración de documentos normativos



	DIRECCION GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA	Código: DTP/OGC- 003-2025
	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	
	DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN ANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD- HNCH 2025	Página:5 de 15

IV.- ÁMBITO DE APLICACIÓN

El Plan de Gestión de la Calidad será aplicado por el equipo técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad según la normatividad vigente, que abarcará a los servicios asistenciales y administrativos del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

V.- BASE LEGAL

- ✓ Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- ✓ Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- ✓ Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- ✓ Decreto Supremo N° 002-2019-SA Aprueban Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud- IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud –IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud- UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.
- ✓ Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el DT "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- ✓ Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA aprueba la NTS N° 050- MINSA/DGSPV: 02. "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Medico de Apoyo.
- ✓ Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba la DT "Política Nacional de Calidad en Salud".
- ✓ Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, se aprueba la GT "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- ✓ Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, se aprueba la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- ✓ Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA, se aprueba la "Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
- ✓ Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, se aprueba la GT "Guía para la elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad".
- ✓ Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud".
- ✓ Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA que aprueba la NTS N° 029- MINSA/DIGEPRES V.02 "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud"
- ✓ Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, se aprueba la NTS N° 139 – MINSA/2018/DGAIN: Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.



	DIRECCION GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA	Código: DTP/OGC- 003-2025
	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	
	DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN ANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD- HNCH 2025	Página:6 de 15

- ✓ Resolución Jefatural N° 631-2016/IGSS Que aprueba la Directiva Sanitaria N° 005-IGSS/V.01 "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas.
- ✓ Resolución Jefatural N° 764-2016/IGSS Que aprueba la Directiva Sanitaria N° 009-IGSS/V.01 "Análisis de los eventos centinelas en la IPRESS y UGIPRESS.
- ✓ Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria de rondas de seguridad del paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud.
- ✓ Resolución de la Superintendencia de Salud N° 030-2020. SUSALUD / Clasificación, lineamientos y aplicativo informático para la remisión de la información de reclamos de los usuarios.

VI.- CONTENIDO

6.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

6.1.1 ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES

Calidad de atención. - expresa una situación deseable de la atención de salud que alcanza por la presencia de ciertas características o cualidades en la atención (que se denominan atributos de calidad, en sus 3 dimensiones: técnica, humana y de entorno) y por el cumplimiento de dispositivos legales, documentos, normativos, requisitos y estándares pertinentes.

Gestión de la Calidad: Es un componente de la gestión institucional que determina y aplica la política de calidad, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión de la calidad, y se llevan a cabo mediante la planificación, garantía y mejoramiento.

Mejoramiento continuo de la Calidad: Es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda la organización, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar los niveles de mayor competitividad y encaminarse a construir una organización de excelencia.

Sistema de Gestión de Calidad: 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.

Equipo de mejora. - Conjunto de personas que buscan resolver un problema. Se forma para trabajar en un periodo de tiempo y debe estar integrado por representantes de todas las áreas o servicios que intervienen en el proceso que se desea mejorar.

Proyecto de mejora. - Son proyectos orientados a generar resultados favorables en el desempeño y condiciones del entorno a través del uso de herramientas y técnicas de calidad.

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



	DIRECCION GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA	Código: DTP/OGC- 003-2025
	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	
	DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN ANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD- HNCH 2025	Página:7 de 15

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

Autoevaluación. Es la fase Inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente capacitados, 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 mejoramiento.

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 la salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.

Cultura de Seguridad del paciente. Es el patrón integrado de comportamiento individual y de organización basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el dolo que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de atención en salud.

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

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.

SERVQUAL. - Define la calidad de servicio como la brecha o diferencia (P menos E) entre las percepciones (p) y Expectativas (E) de los usuarios externos. La herramienta SERVQUAL. Es una herramienta desarrollada por A. Parasuraman y colaboradores, quienes sugieren que la comparación entre las expectativas generales de los usuarios (clientes, usuarios, pacientes, beneficiarios) y sus percepciones respecto al servicio que presta una organización, puede constituir una medida de la calidad del servicio.

Plataforma de Atención al Usuario en Salud. (PAUS). - La PAUS es el conjunto de acciones, actos y actividades destinadas a la atención y gestión de consultas y reclamos presentados por los usuarios ante las IPRESS, orientados a la solución de la insatisfacción respecto a los servicios, prestaciones o coberturas relacionadas con su atención en salud con la finalidad de promover la mejora continua de la calidad de los servicios de salud.




	DIRECCION GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA	Código: DTP/OGC- 003-2025
	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	
	DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN ANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD- HNCH 2025	Página:8 de 15

6.2 ESTRATÉGIAS DE INTERVENCIÓN

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

6.3 RECURSOS:

Recursos Financieros: Asignación presupuestal para la ejecución de proyectos de mejora continua de la calidad de atención. •

Recursos Materiales: Computadoras (8) para las actividades de las líneas de acción de auditoría, seguridad del paciente, proyectos de mejora y atención de los reclamos en la plataforma de atención del usuario. Impresora (1) Tóner (2 mensual)

6.4 DESARROLLO DE ACTIVIDADES (VER LA MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES, ANEXO 1)

6.5 PRESUPUESTO

Para el desarrollo de las actividades de la Oficina de Gestión de Calidad el presupuesto se encuentra considerado en el programa de acciones Central- 5000003 Gestión administrativa, que está referida A las metas físicas 12.0, especifica de gastos y la denominación del gasto y el presupuesto para el desarrollo de las actividades del mencionado plan. Es importante señalar el financiamiento es para la sostenibilidad del funcionamiento de la Oficina de Gestión de Calidad, están adscritas al cuadro de necesidades institucional del 2025.

6.6 MONITOREO Y EVALUACIÓN

Para garantizar el cumplimiento del presente plan se realizará el seguimiento semestralmente, y se elaborará los informes de acuerdo a los siguientes indicadores establecidos:

1. Porcentaje de avance del Plan del Sistema de Gestión de Calidad
2. Porcentaje de avance del cumplimiento del plan de auditoría
3. Porcentaje de avance De las acciones de seguridad del paciente
4. Cumplimiento del plan de autoevaluación.
5. Porcentaje de satisfacción del usuario externo e indicadores de calidad
6. Atenciones en la plataforma de atención del usuario en salud (PAUS): reclamos, consultas, sugerencias y felicitaciones.

VII.- RESPONSABILIDADES

Cada equipo técnico de la Oficina de Gestión de la calidad del Hospital Nacional Cayetano Heredia monitorizará y evaluará las actividades del presente plan según los componentes del sistema de gestión de calidad según la normatividad vigente



Anexo 1 : Matriz de actividades del Plan Anual del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud año 2025.

MATRIZ DE ACTIVIDADES DEL PLAN ANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD AÑO 2025											
UNIDAD ORGANICA :OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD											
AÑO 2025											
N°	COMPONENTE	CODIGO	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META FISICA ANUAL	RESPONSABLE	AÑO 2025				ENERO 2026
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	
1	Planificación	01EPGC	Elaboración y presentación del Plan de Gestión de la Calidad en Salud	Plan Aprobado	1	Dirección General	x	X ABRIL			
2	Organización	01EPGC	Realización coordinaciones para el asesoramiento técnico al equipo de la OGC	Asesoría externas realizadas	1	Jefe de la OGC		X	X		
3	Garantía y Mejora SEGURIDAD DEL PACIENTE	02ILVS	Actualización del equipo conductor de la LVCS	R D equipo conductor	1	Equipo Técnico de la OGC (MNAF)	x	x Abril			
4	Garantía y Mejora SEGURIDAD DEL PACIENTE	02ILVS	Actualización del coordinador de la LVCS por turno quirúrgico.	RD coordinador LVCS	1	Equipo Técnico de la OGC (MNAF)	x	x Abril			
5	Garantía y Mejora SEGURIDAD DEL PACIENTE	02ILVS	Presentación de la encuesta de evaluación de la implementación de la LVCS -equipo conductor	Informe de consolidado de la implementación de la LVCS(encuesta)	2				15 julio		15 ENERO
6	Garantía y Mejora SEGURIDAD DEL PACIENTE	02ILVS	Evaluación del cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía en SOP Central . SOP CETO	Informe de aplicación de la LVCS	2			X		X	
7	Garantía y Mejora SEGURIDAD DEL PACIENTE	02ILVS	Evaluación de la calidad de registro de las lista de verificación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía en SOP CENTRAL SOP CETO, SOP GINECO (Estadística de listas de verificación de Seguridad de la Cirugía aplicadas)	Informe de calidad de registro de la LVCS	4	Equipo Técnico de la OGC (MNAF)	X	X	X	X	
8	Garantía y Mejora SEGURIDAD DEL PACIENTE	02ILVS	Participación en capacitaciones virtual /asistencia técnica para el personal de Centros Quirúrgicos	Capacitación realizada	1			X	X		



	DIRECCION GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA	Código: DTP/OGC- 003-2025
	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	
	DOCUMENTO TÉCNICO : PLAN ANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD EN EL HINCH 2025	Página :10 de 15

MATRIZ DE ACTIVIDADES DEL PLAN ANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD AÑO 2025							AÑO 2025			
Nº	COMPONENTE	CODIGO	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META FISICA ANUAL	RESPONSABLE	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE
9	Garantía y Mejora SEGURIDAD DEL PACIENTE	03IRNA	Fortalecimiento del registro, notificación de los eventos adversos y análisis de la Ocurrencia de Incidencia y/o Eventos Adversos en salud	Informe del consolidado de los eventos adversos	4	Equipo Técnico de la OGC (MNAF)		15 abril	15 julio	15 octubre
10	Garantía y Mejora SEGURIDAD DEL PACIENTE	03IRNA	Realización del análisis de incidentes y eventos adversos	Informe de análisis de E.A	4			15 abril	15 julio	15 octubre
11	Garantía y Mejora SEGURIDAD DEL PACIENTE	03IRNA	realización mensual del registro de eventos adversos en el aplicativo SINREA	Aplicativos remitidos	4			X	X	X
12	Garantía y Mejora SEGURIDAD DEL PACIENTE	03IRNA	Realización de actividades por el día Mundial de la Seguridad del Paciente	Informe	1				x	15 octubre
13	Garantía y Mejora SEGURIDAD DEL PACIENTE	07IRSP	Realización las rondas de seguridad del paciente	Informe Rondas realizadas	4			15 abril	15 julio	15 octubre
14	Garantía y Mejora SEGURIDAD DEL PACIENTE	07IRSP	Reporte de implementación y Seguimiento de las recomendaciones de las rondas de seguridad del paciente	Reporte de implementación/ seguimiento de rondas de seguridad	4			15 abril	15 julio	15 octubre
15	Garantía y Mejora SEGURIDAD DEL PACIENTE	06IPHM	Realización de coordinación con el equipo técnico de la OESA para participar en las actividades del proceso de higiene de manos (rondas, día mundial de higiene de manos)	Coordinación realizada	2	Equipo Técnico de la OGC		15 junio	15 julio	15 octubre



	DIRECCION GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA		Código: DTPIOGC-003-2025
	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	DOCUMENTO TÉCNICO : PLAN ANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD EN EL HNCH 2025		Página :11 de 15

MATRIZ DE ACTIVIDADES DEL PLAN ANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD AÑO 2025										
		AÑO 2025								
Nº	COMPONENTE	CODIGO	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META FISICA ANUAL	RESPONSABLE	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE
16	Garantía y Mejora AUDITORIA EN SALUD	04IACA	Conformación del Comité en Auditoría Médica	Equipo CAM con RD	1	Director General	X			
17	Garantía y Mejora AUDITORIA EN SALUD	04IACA	Conformación del Comité en Auditoría en Salud	Equipo CAS con RD	1	Director General	X			
18	Garantía y Mejora AUDITORIA EN SALUD	04IACA	Elaboración del Plan Anual de Auditoría de Calidad de Atención en Salud	Plan elaborado	1	Equipo Técnico de la OGC (CCHRI)	X			
19	Garantía y Mejora AUDITORIA EN SALUD	04IACA	Presentación del Plan anual de Auditoría de Calidad de Atención en Salud	Plan de auditoría aprobado	1	Director General	X			
20	Garantía y Mejora AUDITORIA EN SALUD	04IACA	Ejecución y evaluación del plan anual de auditoría de Calidad de atención en salud	Informe	2	Equipo Técnico de la OGC (CCHRI)			15 julio	15 ENERO
21	Garantía y Mejora PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DE ATENCION EN SALUD	05IPAM	Conformación de Equipos de mejora continua de la calidad de atención en salud	RD de los equipos de mejora	1	Equipo Técnico de la OGC (FEDC)		X		
22	Garantía y Mejora PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DE ATENCION EN SALUD	05IPAM	Capacitación a los equipos de mejora continua de la calidad de atención en salud	Informe de capacitación realizada	1	Equipo Técnico de la OGC (FEDC)		X	X	
23	Garantía y Mejora PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DE ATENCION EN SALUD	05IPAM	Elaboración y presentación de proyectos de mejora continua de la calidad en base a la problemática identificada según los componentes del sistema de gestión de calidad	RD de proyectos de mejora	1	Equipo Técnico de la OGC (FEDC)		X	X	
24	Garantía y Mejora PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DE ATENCION EN SALUD	05IPAM	Implementación de proyectos de mejora continua de la calidad de atención en salud.	Informe de implementación de proyectos de mejora de la calidad de atención en salud	2	Equipo Técnico de la OGC (FEDC)			15 julio	15 ENERO



	DIRECCION GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA		Código: DTP/OGC- 003-2025
	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	DOCUMENTO TÉCNICO : PLAN ANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD EN EL HNCH 2025		Página :12 de 15

MATRIZ DE ACTIVIDADES DEL PLAN ANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD AÑO 2025							AÑO 2025			
Nº	COMPONENTE	CODIGO	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META FISICA ANUAL	RESPONSABLE	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE
25	Garantía y Mejora AUTOEVALUACIÓN	08IAES	Realizar Estudios operativos como parte de las acciones de los criterios de la autoevaluación (barrera de acceso, satisfacción en relación a la información, limpieza, tiempo de traslado de pacientes para recuperación, satisfacción en sala de partos, satisfacción de centro quirúrgico, percepciones de información de los jefes en relación a la información, tiempo de espera para ser hospitalizado desde consultorio externo.)	Informe	6	Equipo Técnico de la OGC (MIHA)		X	X	X
26	Garantía y Mejora AUTOEVALUACIÓN	08IAES	Conformación del equipo de acreditación	Resolución Directoral	1	Equipo Técnico de la OGC (MIHA)	X			
27	Garantía y Mejora AUTOEVALUACIÓN	08IAES	Conformación del Equipo de Evaluadores Internos	Resolución Directoral	1		X	X		
28	Garantía y Mejora AUTOEVALUACIÓN	08IAES	Elaboración del plan de autoevaluación	Resolución Directoral	1			x abril		
29	Garantía y Mejora AUTOEVALUACIÓN	08IAES	Comunicación del inicio de la autoevaluación	Documento	1				X	
30	Garantía y Mejora AUTOEVALUACIÓN	08IAES	Ejecución de la autoevaluación	Ejecución realizada	1				X	X
31	Garantía y Mejora AUTOEVALUACIÓN	08IAES	Presentación de resultados e informes de los equipos de evaluadores internos	Informes de los equipos de autoevaluadores internos	1					X
32	Garantía y Mejora AUTOEVALUACIÓN	08IAES	Presentación del Informe Técnico	Informe Técnico final	1					X
33	Información para la Calidad SERVQUAL	09ESUE	Medición de la satisfacción del Usuario en la Consulta Externa	Informe	1	Equipo Técnico de la OGC (MIHA)	X			
34	Información para la Calidad SERVQUAL	09ESUE	Medición de la satisfacción del Usuario en los servicios de hospitalización	Informe	1		X	X		
35	Información para la Calidad SERVQUAL	09ESUE	Medición de la satisfacción del Usuario en el servicio de Emergencia	Informe	1		X			



	DIRECCION GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA		Código: DTP/OGC- 003-2025
	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	DOCUMENTO TÉCNICO : PLAN ANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD EN EL HNCH 2025		
			Página :13 de 15

MATRIZ DE ACTIVIDADES DEL PLAN ANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD AÑO 2025							AÑO 2025			
Nº	COMPONENTE	CODIGO	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META FISICA ANUAL	RESPONSABLE	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE
36	Otros	CERO COLAS	Elaboración del plan cero colas (mediciones de los tiempos de admisión, laboratorio, rayos x, farmacia, consulta externa)	Pan cero colas aprobado	1	Jefe de la OGC	X			
37	otros	CERO COLAS	Presentación del Plan Cero Colas	Plan cero colas aprobado	1	Dirección General	X			
38	Otros	CERO COLAS	Ejecución y evaluación del plan cero colas	Informe	2	Jefe de la OGC			15 julio	15 ENERO
39	Asesoría Normativa	AN	Revisión Técnica de guías de procedimiento asistencial médica y guías de práctica clínica y otros	Informe de consolidado de guías aprobadas	2	Equipo Técnico de la OGC(JRO)			15 julio	15 ENERO
40		AN	Revisión Técnica de guías de procedimiento asistencial enfermería y guías de intervención de enfermería directivas /otros	Informe de consolidado de Guías Documentos aprobadas	2	Equipo Técnico de la OGC (MIHA/MNAF)			15 julio	15 ENERO



	DIRECCION GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA		Código: DTP/OGC-003-2025
	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	DOCUMENTO TÉCNICO : PLAN ANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD EN EL HNCH 2025		Página :14 de 15

MATRIZ DE ACTIVIDADES DEL PLAN ANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD AÑO 2025							AÑO 2025			
N°	COMPONENTE	CODIGO	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META FISICA ANUAL	RESPONSABLE	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE
41	Derechos de los Usuarios en salud	PAUS	Interposición de buenos oficios frente necesidades e inconformidades del usuario en la Plataforma de Atención del Usuario. (PAUS)	Atención Directa	249días hábiles	Equipo Técnico de la OGC (PAUS)	x	x	x	x
42	Derechos de los Usuarios en salud	PAUS	Elaboración de reportes de los reclamos físico, virtual (SETI-RECLAMOS)	Reporte estadístico	12	Equipo Técnico de la OGC (MIHA)	x	x	x	x
43	Derechos de los Usuarios en salud	PAUS	Reforzamiento en reunion técnica de capacitación en servicio al personal de la plataforma de atención del usuario en normativas directivas, derechos en salud deberes en salud, el correcto llenado del libro de reclamaciones.	Reunion técnica realizada	2	Equipo Técnico de la OGC (MIHA)		x	x	
44	Derechos de los Usuarios en salud	PAUS	Difusión de los derechos y deberes para los usuarios que acuden al establecimiento através de folletos y comunicación verbal.	Reporte de la difusión	12	Equipo Técnico de la OGC (PAUS)	x	x	x	x
45	Derechos de los Usuarios en salud	PAUS	Difusión de los derechos y deberes de los usuarios comunicación verbal y con entrega de folletos para los trabajadores.	Reporte de la Difusión	12	Equipo Técnico de la OGC (PAUS)	x	x	x	x
46	Derechos de los Usuarios en salud	PAUS	Programa de actividades por el día del buen trato al paciente el 13 de agosto.	INFORME	1	Equipo Técnico de la OGC			13 agosto	
47	SGC	02EPGC	Evaluación de la implementación del Plan de Gestión de la Calidad en Salud	Informe	2	Equipo Técnico de la OGC			15 julio	

ELABORACION: MIHA



	DIRECCION GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA	Código: DTP/OGC- 003-2025
	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	
	DOCUMENTO TÉCNICO : PLAN ANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD EN EL HNCH 2025	Página :15 de 15

IX.- BIBLIOGRAFÍA

Fang J, Liu L, Fang P. What is the most important factor affecting patient satisfaction - a study based on gamma coefficient. Patient Preference and Adherence. 2019;13(1):515-

Reyes Chacón, David A., et al. «El Sistema de Gestión de Calidad y su relación con la innovación.» Interdisciplina 10, n° 26 (enero-abril 2022): 217-240.

doi: <https://doi.org/10.22201/ceiich.24485705e.2021.25-80975>

[Handwritten signature]



