



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital Nacional Docente  
Madre-Niño "San Bartolomé"

Nº 081. 2024-DG-HONADOMANI-SB



## Resolución Directoral

Lima, 19 de Abril. de 2024

### VISTO:

El Expediente Nº 05771-24, Y;

### CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud dispone 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, la Ley N° 27658 – Ley Marco de la Modernización de la Gestión del Estado, declara al Estado Peruano en proceso de modernización en sus diferentes instancias, dependencias, entidades, organizaciones y procedimientos, con la finalidad de mejorar la gestión pública y construir un Estado democrático, descentralizado al servicio del ciudadano;

Que, con Resolución Ministerial N°090-2022/MINSA se 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, el numeral 6.1.1., establece la estructura del plan específico;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA de fecha 05 de julio del 2021, se resuelve aprobar el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuya finalidad es fortalecer el rol de Rectoría Sectorial del Ministerio de Salud, ordenando la producción normativa de la función de regulación que cumple como Autoridad Nacional de Salud (ANS) a través de sus Direcciones u Oficinas Generales, Órganos Desconcentrados y Organismos Públicos Adscritos; cuyo Objetivo General consiste en establecer las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos, que expide el Ministerio de Salud, en el marco de sus funciones rectoras;

Que, a través de la Resolución Directoral N° 074-DG-HONADOMANI-SB-2023 de fecha 17 de mayo de 2023, que aprobó el Documento Técnico: Plan de Gestión de la Calidad 2023 del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

Que, mediante Nota Informativa N° 079-2024-OGC-HONADOMANI-SB, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad informa a la Dirección General que, en cumplimiento de los criterios de programación de actividades EESS con Categoría II y III - 2024, del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud – Unidad funcional de Gestión de la Calidad en Salud, DIRIS Lima Centro - Criterios de Programación, se ha elaborado el Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2024 de acuerdo a la metodología planteada por la Oficina de Planeamiento Estratégico, el mismo que solicita se revise y apruebe;

Que, mediante Proveedor N° 240-2024-OEPE-HONADOMANI-SB el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico hace suyo en todos sus extremos el Informe N°021-2024-UPO-OEPE-HONADOMANI-SB emitido por la Coordinadora del Equipo de Planeamiento y Organización de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, concluye que, el Documento Técnico emitido por la Oficina de Gestión de la Calidad, cuenta con el contenido mínimo de acuerdo a la Directiva de planes específicos del Ministerio de Salud, así como los lineamientos para la formulación, revisión, aprobación, modificación y difusión de



documentos normativos del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", por ello otorga opinión favorable para continuar con el procedimiento de aprobación;

Que, a través del Memorando N° 0195-2024-DG-HONADOMANI-SB, la Directora General remite el expediente a la Jefatura de la Oficina de Asesoría Jurídica solicitando proyectar el correspondiente acto resolutivo;

Que, teniendo como objetivos específicos definidos en el Plan Gestión de la Calidad 2024, como son el fortalecer la organización de la calidad, las buenas prácticas de atención y gestión de riesgo para la seguridad del paciente; mejorar los procesos de atención al usuario externo en salud; desarrollar mecanismos de atención e información al usuario, y evaluar la calidad técnica de atención en salud en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

Que, ante lo solicitado por la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad; y teniendo en cuenta que, los actos de administración interna se orientan a la eficacia y eficiencia de los servicios y a los fines permanentes de las entidades, estos son emitidos por el órgano competente siendo su objeto física y jurídicamente posible, conforme se desprende del numeral 7.1 del artículo 7° del Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, en ese sentido resulta necesario emitir el acto resolutivo de aprobación del "Plan de Gestión de la Calidad 2024 del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", el mismo que tiene como finalidad contribuir al logro de los objetivos estratégicos institucionales y a la garantía de la calidad de la atención a los pacientes, cumpliendo los estándares de la calidad de los servicios de salud establecidos;

Con la visación de la Dirección Adjunta, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

En uso de las facultades y atribuciones conferidas mediante Resolución Ministerial N° 862-2023/MINSA, como Directora General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" y de acuerdo al Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", aprobado mediante la Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM;



**RESUELVE:**

**Artículo Primero.- Aprobar** el Documento Técnico: Plan de Gestión de la Calidad 2024 del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", el cual consta de veintiséis (26) folios incluido el anexo 1, que se adjuntan a la presente Resolución Directoral.

**Artículo Segundo.- Dejar sin efecto** la Resolución Directoral N° 074-DG-HONADOMANI-SB-2023 de fecha 17 de mayo de 2023, que aprobó el Documento Técnico: Plan de Gestión de la Calidad 2023 del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".

**Artículo Tercero.- Disponer** que la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", se encargue de la difusión, cumplimiento, implementación, monitoreo y evaluación del "Plan de Gestión de la Calidad 2024".

**Artículo Cuarto.- Disponer** que la Oficina de Estadística e Informática, a través del responsable del Portal de Transparencia de la Institución, se encargue de la publicación de la presente Resolución en el portal de la página web del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" [www.sanbartolome.gob.pe](http://www.sanbartolome.gob.pe).

**Regístrese, Comuníquese y Publíquese,**

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO  
"SAN BARTOLOME"  
.....  
Mc. Rocío De Las Mercedes León Rodríguez  
DIRECTORA ADJUNTA  
CMP. 31303 RNE: 14142

RDLMLR/AMCHN/JAGM/RPAG/accs  
c.c

- DA
- OEPE
- OGC
- OAJ
- OEI
- Archivo

**RESOLUCIÓN DIRECTORAL**  
**Nº -DG-HONADOMANI-SB-2024**



**DOCUMENTO TÉCNICO:**  
**PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2024**  
**HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO**  
**“SAN BARTOLOME”**



**PERÚ**

**Ministerio  
de Salud**

**Hospital Nacional Docente  
Madre Niño San Bartolomé**



## CONTROL DE EMISIÓN Y APROBACIÓN DE DOCUMENTO NORMATIVO

| Tipo de DN        | Versión N°                                       | Fecha de Aprobación |
|-------------------|--------------------------------------------------|---------------------|
| Documento Técnico | V. 01                                            |                     |
| ETAPA             | RESPONSABLE                                      | VISTO BUENO O SELLO |
| Elaborado por:    | Oficina de Gestión de la Calidad                 |                     |
| Revisado por:     | Oficina Ejecutiva de<br>Planeamiento Estratégico |                     |
|                   | Oficina de Asesoría Jurídica                     |                     |
| Aprobado por:     | Dirección General                                |                     |

|                                                                                   |                                                                                              |                                        |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------|
|  | PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2024<br>HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN<br>BARTOLOME | Versión: 1<br>Fecha de<br>Elaboración: | Marzo 2024 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------|

## INDICE

|                                                                                                                                                |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| I. INTRODUCCIÓN .....                                                                                                                          | 4  |
| II. FINALIDAD .....                                                                                                                            | 4  |
| III. OBJETIVOS .....                                                                                                                           | 4  |
| 3.1. Objetivo General.....                                                                                                                     | 4  |
| 3.2. Objetivos Específicos .....                                                                                                               | 4  |
| 3.3. ÁMBITO DE APLICACIÓN .....                                                                                                                | 5  |
| IV. BASE LEGAL .....                                                                                                                           | 5  |
| V. CONTENIDO .....                                                                                                                             | 7  |
| 5.1. ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES .....                                                                                                      | 7  |
| 5.2. IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL<br>HONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ" .....                                             | 8  |
| 5.3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL .....                                                                                                             | 14 |
| 5.4. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL<br>PEI Y ARTICULACIÓN OPERATIVA CON LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS DEL<br>POI ..... | 21 |
| 5.5. ACTIVIDADES POR OBJETIVOS.....                                                                                                            | 21 |
| 5.6. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO .....                                                                                                        | 21 |
| 5.7. ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN.....                                                                             | 22 |
| VI. RESPONSABILIDADES .....                                                                                                                    | 23 |
| VII. ANEXOS .....                                                                                                                              | 23 |
| VIII. BIBLIOGRAFÍA .....                                                                                                                       | 23 |





## I. INTRODUCCIÓN

La Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" inició sus funciones formalmente en el mes de mayo del 2002, según Resolución Directoral N° 130-SA-OP-HONADOMANI-SB-2002 desde entonces ha implementado estrategias y desarrollado actividades orientadas a mejorar la calidad de la prestación de nuestros servicios, así como de los procesos asistenciales y administrativos.

El Sistema de Gestión de la Calidad aprobado por RM N° 519-2006/MINSA define el marco de las acciones de la Oficina de Gestión de la Calidad, teniendo como objetivo general "Mejorar continuamente la calidad de los servicios, recursos y tecnologías del sector salud, mediante el desarrollo de una cultura de calidad, sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos que sea claramente percibida por la población" y entre sus objetivos específicos el "Lograr la satisfacción de los usuarios del servicio".

En el marco de los objetivos señalados la Oficina de Gestión de la Calidad se ha planteado en el presente año 2024, alcanzar como resultado, fortalecer la efectividad de las intervenciones de mejora de la calidad y de seguridad de la atención, que contribuyan a la acreditación del hospital, para brindar una atención segura y centrada en el usuario.

El presente Plan representa el esfuerzo de todos los Equipos de la Oficina de Gestión de la Calidad para integrar sus actividades, considerando además su monitoreo y la evaluación de los resultados en un solo instrumento de gestión, que permita el abordaje integral del trabajo en calidad que nos vemos impulsados y comprometidos en realizar para el logro de los objetivos institucionales, con un énfasis mayor en las rondas de seguridad y la autoevaluación para la acreditación.

Con la finalidad de alcanzar los objetivos institucionales de calidad trazados, se ha seguido los lineamientos emanados de la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad del MINSA, pero también recogiendo la problemática propia de nuestro hospital.

## II. FINALIDAD

Contribuir al logro de los objetivos estratégicos institucionales y a la garantía de la calidad de la atención a los pacientes, cumpliendo los estándares de calidad de los servicios de salud establecidos.

## III. OBJETIVOS

### 3.1. Objetivo General

Fortalecer las intervenciones de seguridad de la atención, la gestión de riesgos, la mejora continua y la cultura de calidad, que conduzcan a la acreditación del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé para la satisfacción de los usuarios.

### 3.2. Objetivos Específicos

- OE1. Fortalecer la organización de la calidad, las buenas prácticas de atención y gestión de riesgo para la seguridad del paciente
- OE2. Mejorar los procesos de atención al usuario externo en salud
- OE3. Desarrollar mecanismos de atención e información al usuario
- OE4. Evaluar la calidad técnica de atención en salud



|                                                                                   |                                                                                              |                                        |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------|
|  | PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2024<br>HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN<br>BARTOLOME | Versión: 1<br>Fecha de<br>Elaboración: | Marzo 2024 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------|

### 3.3. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan de Gestión de la Calidad es de aplicación en todos los Órganos y Unidades Orgánicas del HONADOMANI "San Bartolomé" (áreas asistenciales y administrativas).

## IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Decreto Supremo N.º 013-2006 - SA "Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Decreto Supremo N.º 031-2014-SA.- Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD.
- Decreto Supremo N° 027-2015-SA.- Reglamento de la Ley 29414 Ley que Establece el Derecho de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto de Urgencia N.º 017-2019, que establece medidas para la cobertura universal de salud.
- Decreto Supremo N.º 036-2023-SA.- Decreto Supremo que define 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.
- Resolución de Secretaría de Gestión Pública N°001-2019-PCM/SGP – aprueba – Norma Técnica N°001-2019 PCM/SGP Norma Técnica para la Gestión de la Calidad de Servicios en el Sector Público.
- Resolución Ministerial 884-2003-SA/DM, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.
- Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/DM, que aprueba el "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, que aprueba el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 1021-2010-MINSA aprueba "Guía técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía"
- 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".
- Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica: "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad".
- Resolución Ministerial N° 414-2015-MINSA aprueba el Documento Técnico: "Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica"





- 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° 811-2018/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N°251-MINSA/2018/DGOS, "Directiva para la elaboración e implementación del Plan Cero Colas en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) adscritas al Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN: "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud".
- Resolución Ministerial N° 251-2020-MINSA, que establece el 5 de mayo como el "Día Nacional de Higiene de Manos".
- Resolución Ministerial N° 316-2020-MINSA. Comité de Vigilancia de asignación y uso de Equipos de Protección Personal.
- Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 090-2022/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N°326-MINSA/OGPPM-2023 Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud.
- Resolución Directoral N° 157-DG-HONADOMANI-SB-2021 que aprueba el Documento Técnico "Manual Metodológico para el desarrollo de Proyectos de Mejora de la calidad en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".
- Resolución Directoral N° 075-2022-DG-HONADOMANI –SB que aprueba la Directiva Sanitaria N° 001-HONADOMANI-SB-OGC-2022 "Sistema de Notificación de Incidentes de Seguridad del paciente en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".
- Resolución Directoral N° 086-2023-DG-HONADOMANI –SB que aprueba la "Directiva Administrativa N° 002- HONADOMANISB/OEPE-2023 que establece Lineamientos para la Formulación, Revisión, Aprobación, Modificación y Difusión de Documentos Normativos" del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".
- Resolución Directoral N° 219-2023-DG-HONADOMANI –SB que aprueba la "Guía Técnica para elaboración de las Guías de Procedimiento Asistencial" del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".
- Resolución Directoral N° 031-2024-DG-HONADOMANI –SB que aprueba el Documento Técnico "Plan Cero Colas 2024" Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".



|                                                                                   |                                                                                              |                                        |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------|
|  | PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2024<br>HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN<br>BARTOLOME | Versión: 1<br>Fecha de<br>Elaboración: | Marzo 2024 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------|

## V. CONTENIDO

### 5.1. ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES

#### 5.1.1 Calidad

La calidad de la atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios para el usuario" (1)

#### 5.1.2 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. (1)

#### 5.1.3 Sistema de Gestión de Calidad

Es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a las entidades de salud del sector y a sus dependencias públicas de los tres niveles (nacional, regional y local), en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión. (1)

#### 5.1.4 Mejora continua de la calidad

La mejora continua del desempeño global de la organización debe generar una necesidad permanente de elevar los estándares de calidad técnicos, humanos y administrativos. (2)

#### 5.1.5 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. (2)

#### 5.1.6 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. (2)

#### 5.1.7 Acciones de mejora

Conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización que agregan valor a los productos. (2)

#### 5.1.8 Auditoría 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. (3)

#### 5.1.9 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. (3)





#### 5.1.10 Acreditación

Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud 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. (1)

#### 5.1.11 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. (1)

#### 5.1.12 Cultura de Seguridad del paciente

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 atención en salud. (1)

#### 5.1.13 Satisfacción del usuario externo

Grado de cumplimiento por parte de la organización de salud, respecto a las expectativas y percepciones del usuario en relación con los servicios que esta le ofrece. (4)

#### 5.1.14 Reclamo

Manifestación verbal o escrita, efectuada ante la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS por un usuario o tercero legitimado ante la insatisfacción respecto de los servicios, prestaciones o coberturas solicitadas o recibidas de estas, relacionadas a su atención en salud. (4)

#### 5.1.15 Denuncia

Manifestación expresa presentada ante SUSALUD sobre acciones u omisiones de la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS respecto a los hechos o actos que pudieran constituir presunta vulneración de los derechos de los usuarios de los servicios de salud, ante la insatisfacción respecto de los servicios, prestaciones o coberturas; o frente la negativa de atención de su reclamo; o disconformidad con el resultado de este; o irregularidad en su tramitación por parte de estas. (4)

### 5.2. IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL HONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ"

El Sistema de Gestión de la Calidad del HONADOMANI San Bartolomé, está articulado a la Política Nacional de Calidad en Salud aprobada mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA; por lo tanto, contribuye a la implementación de las políticas referentes a las Organizaciones Proveedoras de Atención de Salud y sus Establecimientos de Salud.

El HONADOMANI San Bartolomé, establece y dirige 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.

El objetivo es garantizar la adecuada implementación de las políticas nacionales de calidad utilizando como estrategia la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad de la Atención de Salud.



|                                                                                   |                                                                                              |                                        |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------|
|  | PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2024<br>HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN<br>BARTOLOME | Versión: 1<br>Fecha de<br>Elaboración: | Marzo 2024 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------|

En ese marco, el presente Plan de Gestión de la Calidad se articula con las siguientes Políticas Nacionales de Calidad de la Atención en Salud:

#### Séptima Política:

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.
- **Estrategias:** Acreditación de establecimientos y servicios médicos de apoyo. Implementación de planes, programas y procesos de mejora de la calidad de la atención en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

#### Octava Política:

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.
- **Estrategias:** Implementación de mecanismos de información sobre la ocurrencia de incidentes y eventos adversos. Implementación de planes de seguridad para la gestión de la reducción y mitigación de los riesgos derivados de la atención.

#### Novena Política:

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.
- **Estrategias:** Implementación de instancias y mecanismos de protección de los derechos de los usuarios. Promoción de prácticas de atención orientadas por los enfoques de interculturalidad y género. Implementación de mecanismos para el acceso a la información de la atención brindada a los usuarios.

El Sistema de Gestión de la Calidad en Salud establece cuatro (04) componentes:

1. Planificación para la calidad
2. Organización para la calidad
3. Garantía y Mejora de la calidad
4. Información para la calidad

El despliegue del Sistema de Gestión de la Calidad en el HONADOMANI "San Bartolomé" se desarrolla en cada uno de esos cuatro componentes.

#### 5.2.1 PLANIFICACION

La Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", desarrolla la planificación del Sistema de Gestión de la Calidad en el hospital, considerando el marco normativo vigente y establecido por el Ministerio de





Salud como el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" aprobado con Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, en mayo del 2006 y el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud" aprobado por Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, en octubre del 2009. Asimismo, se toma en consideración el Plan Operativo Institucional anual 2024 (Consistente con el PIA) aprobado con R.D. N° 298 2023-DG-HONADOMANI SB y el Decreto Supremo N° 036-2023-SA que define los indicadores de desempeño, compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2024.

Los planes que debe elaborar la Oficina de Gestión de la Calidad son los siguientes:

- Plan de Gestión de la Calidad 2024
- Plan de Mejora de Autoevaluación 2024
- Plan de Trabajo de Mejora Continua de la Calidad 2024
- Plan Cero Colas 2024
- Plan de Auditoria de la Calidad de la Atención 2024
- Plan de Trabajo de Seguridad del paciente 2024
- Plan de Trabajo de Garantía de la calidad 2024
- Cronograma Rondas Seguridad 2024

## 5.2.2 ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD

En el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", la Oficina de Gestión de la Calidad es la Unidad orgánica de asesoría encargada de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en el hospital para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa a los pacientes, con la participación del personal y el involucramiento del usuario. Interactúa a nivel externo con sus referentes a nivel de las instancias superiores (DIRIS) y el ente rector Unidad Funcional de Gestión de la Calidad.

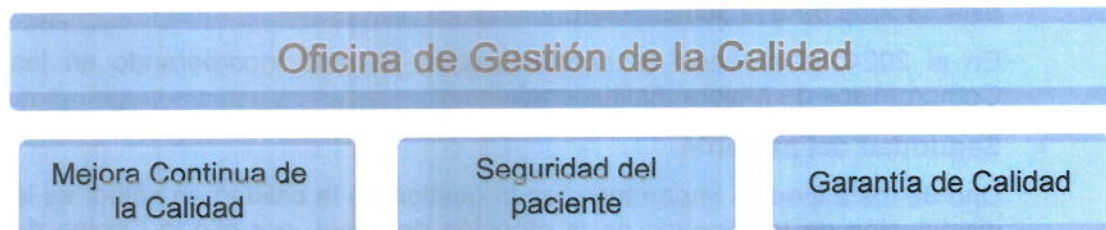
Para el cumplimiento de sus responsabilidades funcionales establecidas en el Manual de Organización y Funciones vigente, cuenta con tres unidades (Gráfico N°1)

- **Unidad de Mejora Continua de la Calidad**, encargado de constituir el soporte de la gestión de la calidad, orientado a desarrollar metodologías de trabajo que permitan el mejoramiento permanente de la calidad de los servicios, mediante acciones, programas y proyectos de mejora, que minimicen los riesgos y los índices de insatisfacción tanto del usuario externo como del interno, favoreciendo mejorar la competitividad y la organización funcional de los servicios del hospital.
- **Unidad de Garantía de Calidad**, encargado de desarrollar un conjunto de acciones en forma deliberada y sistemática con la finalidad de normar, vigilar y mejorar el desempeño, en forma continua y cíclica, permitiendo que la prestación de servicios sea eficaz, eficiente y segura posible, orientada siempre a la satisfacción del usuario. La garantía de la calidad implica la generación, mantenimiento y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.
- **Unidad de Seguridad del Paciente**, encargado de desarrollar un conjunto de acciones en forma deliberada y sistemática orientadas a reducir el número de eventos externos y crear una cultura de seguridad en la organización, de modo que la atención ofrecida a los pacientes se dé minimizando la exposición al riesgo.



|                                                                                  |                                                                                              |                          |            |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------|
|  | PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2024<br>HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN<br>BARTOLOME | Versión:                 | 1          |
|                                                                                  |                                                                                              | Fecha de<br>Elaboración: | Marzo 2024 |

**Gráfico N° 01. ORGANIZACIÓN DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**



*Diseño: Oficina de Gestión de la Calidad. 2020*

### 5.2.3 GARANTIA Y MEJORA

Se entiende por garantía y mejora de la calidad, al conjunto de acciones que se llevan a cabo para regular y consolidar el desempeño, en forma continua y cíclica, de tal manera que la atención prestada sea lo más efectiva, eficaz y segura posible, orientada siempre a la satisfacción del usuario y en el marco de las normas del sistema. En otros términos, la garantía y mejora de la calidad implica asegurar que se genere, mantenga y mejore la calidad en los servicios de salud a través de procesos tales como:

- **Evaluación, monitoreo y toma de decisiones**

La Oficina de Gestión de la Calidad promueve la formulación de indicadores de calidad y seguridad de la atención institucional. Hasta la fecha se han aprobado los Indicadores de Calidad de Banco de Sangre con Resolución Directoral N° 201-2019-DG-HONADOMANI-SB del 14 de noviembre del 2019.

- **Auditoría de la calidad de atención**

Anualmente el hospital formula y aprueba el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud mediante una Resolución Directoral, para el año 2021 el plan de auditoría se formuló en el marco de la norma de auditoría: NTS N° 029 MINSA/DIGEPRES-V.02, Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud (2016).

Mediante la Resolución Directoral N°059-2024-DG-HONADOMANI-SB se conformó el Comité de Auditoría Médica y el Comité de Auditoría en Salud se conformó mediante la Resolución Directoral N°051-2024-DG-HONADOMANI-SB.

Mediante la Resolución Directoral N°263-2018-DG-HONADOMANI-SB se conformó un Comité de Auditoría Médica Adscrita del Departamento de Pediatría.

- **Acreditación de establecimientos**

Desde el año 2008 el hospital ha llevado a cabo 15 autoevaluaciones. Cada una implicó la designación formal de los Evaluadores Internos y la elaboración y oficialización del Plan de Autoevaluación; en el año 2023, se hizo mediante la RD N° 109-2023-DG-HONADOMANI-SB y la RD N° 199-2023-DG HONADOMANI-SB, respectivamente.

A la fecha se han implementado diversas estrategias como la semaforización, el monitoreo de los macroprocesos priorizados, el monitoreo del cumplimiento de los compromisos para mejorar los estándares, la asistencia técnica permanente a los servicios, entre otras estrategias, todo ello con la





finalidad de mejorar continuamente los procesos y cumplir con los estándares establecidos para la acreditación.

En el 2024, el proceso de autoevaluación se está incorporando en los Compromisos de Mejora Institucional.

- **Seguridad del paciente**

Uno de los aspectos importantes en la gestión de la calidad en salud, es la disminución de los riesgos en la atención de salud, por ello la Oficina de Gestión de la Calidad desde el año 2006 ha implementado un sistema de notificación de eventos adversos, oficializado mediante Resolución Directoral N° 205-DG-HONADOMANI-SB-2006, del 30 de noviembre del 2006, la cual ha sido reformulada en el año 2022 y oficializada mediante la Resolución Directoral 075-2022-DG-HONADOMANI-SB que aprobó la Directiva Sanitaria N° 001 (para la Implementación del Sistema de Notificación de Incidentes de Seguridad) a partir de ellos y de manera complementaria se han implementado otros procesos que permiten identificar o prever riesgos, como:

- Las rondas de seguridad
- Los análisis de causa raíz
- Las alertas de seguridad
- La lista de verificación de seguridad de la cirugía
- La lista de verificación de seguridad del parto vaginal

La mayoría de estos procesos se desarrollan mensualmente generando reportes que permiten el monitoreo y evaluación permanente, con recomendaciones para la implementación de acciones orientadas a disminuir los riesgos en la atención.

Mediante la Resolución Directoral N°125 DG-HONADOMANI-SB-2018, se aprobó el Documento Técnico: Instructivo para el llenado de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

Mediante la Resolución Directoral N°014 -DG - HONADOMANI - SB/2018, se aprobó la Guía Técnica: Metodología para el Análisis de Causa Raíz de Eventos Centinela.

Mediante la Resolución Directoral N°084 -DG - HONADOMANI - SB/2021, se aprobó el Documento Técnico: Rondas de Seguridad en Tiempos de COVID-19 del Hospital Nacional Docente Madre niño San Bartolomé.

En el 2024, las rondas de seguridad se están incorporando en los Compromisos de Mejora Institucional.

- **Estandarización de la Atención**

Mediante la Resolución Directoral N°089 -DG -HONADOMANI -SB -2018, se aprobó la Guía Técnica para la Elaboración de una Guía de Procedimiento Asistencial.

La elaboración de las guías de práctica clínica está regulada por la Directiva Sanitaria N° 002-OGC-HONADOMANI-SB-2009-V.01 "Directiva Sanitaria para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica".

Respecto a las Guías de Práctica Clínica, se está optando por la adopción de guías ya elaboradas.





- **Mejoramiento continuo de la calidad**

La Oficina de Gestión de la Calidad en el marco de sus responsabilidades funcionales a través de la Unidad de Mejora Continua de la Calidad, promueve la implementación de proyectos de mejora, por lo cual desarrolla cada año cursos talleres de fortalecimiento de capacidades para el desarrollo de proyectos de mejora (PMC) y que están dirigidos a los equipos técnicos de los diferentes departamentos, servicios y unidades del hospital, ello nos permite: Sensibilizar y capacitar en filosofía e Instrumentos de mejora continua de la calidad a los equipos de salud y que se elaboren planes de mejora de procesos en las diferentes Unidades Productoras de Servicios.

La metodología utilizada corresponde a la establecida en la Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad, aprobada mediante la R.M. 095-2012-MINSA.

Complementariamente se brinda asistencia técnica permanente a las diversas oficinas y departamentos para el desarrollo de los PMC.

Mediante la Resolución Directoral N°157-2021-DG-HONADOMANI-SB, se aprobó el Documento Técnico: Manual Metodológico para el Desarrollo de Proyectos de Mejora de la Calidad en el Hospital Nacional Docente Madre Nilo San Bartolomé.

#### 5.2.4 INFORMACION PARA LA CALIDAD

El cuarto componente de Información para la calidad está concebido como el 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 internos y externos.

- **Instrumentos para la medición de la calidad**

El 11 de julio del 2011, mediante la Resolución Ministerial N°527-2011/MINSA, se aprueba la "Guía técnica para la Evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo" la cual uniformiza el instrumento de evaluación de la satisfacción del usuario externo a nivel nacional.

En el marco de esta norma, la Oficina de Gestión de la Calidad realiza cada año la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los servicios de consulta externa, emergencia, hospitalización, centro quirúrgico y centro obstétrico, lo que permite identificar oportunidades de mejora a través de la implementación de proyectos u otras acciones o estrategias a fin de prestar una atención de salud de calidad.

Mediante la Resolución Directoral N°086-2021-DG-HONADOMANI-SB, se aprobó el Documento Técnico: Manual para el Desarrollo de Entrevistas en Profundidad en el Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Docente Madre Nilo San Bartolomé.

- **Mecanismos para la atención del usuario**

En el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" se ha implementado un sistema de escucha al usuario, a través de la implementación de la Plataforma de Atención al Usuario y del sistema de atención de reclamos y sugerencias. Las actividades de la Plataforma de atención al usuario están reguladas por la Directiva Administrativa N°01.2017. V.01 "Para la Implementación y Funcionamiento de la Plataforma de Atención al Usuario en el Hospital Nacional Docente Madre Niño – San





Bartolomé", aprobada mediante la Resolución Directoral N°084 -DG-HONADOMANI-SB-2017.

El manejo de la Plataforma de Atención al Usuario esta ahora a cargo de la Oficina de Comunicaciones, mediante la Resolución Directoral N°054 -2019-DG-HONADOMANI-SB. En el año pasado ha sido actualizada mediante la Resolución Directoral N°199-2021-DG-HONADOMANI-SB, que aprobó el Documento Técnico: Directiva Administrativa N°01-2021-V.01 Del Funcionamiento de la Plataforma de Atención del Usuario en Salud del Hospital Nacional Docente Madre Niño – San Bartolomé.

La Oficina de Gestión de la Calidad es la responsable de la atención de los reclamos que se registran en el Libro de Reclamaciones y que está normado por el Decreto Supremo N°002-2019-SA 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.

- **Medición del tiempo de espera**

La Oficina de Gestión de la Calidad regularmente realiza una medición anual del tiempo de espera en los procesos de atención al usuario. Esta medición cobra mayor énfasis con la dación de la Directiva Administrativa N°251-MINSA/2018/DGOS, "Directiva para la elaboración e implementación del Plan Cero Colas en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) adscritas al Ministerio de Salud" cuya finalidad es mejorar la calidad de atención brindada a los usuarios en las IPRESS reduciendo significativamente los tiempos de espera de los pacientes que acuden a ellos para acceder a una atención de salud.

### 5.3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Para valorar la calidad de la atención en el HONADOMANI "San Bartolomé" utilizaremos la propuesta analítica presentada por Avedis Donabedian, siendo ésta la de mayor aceptación, la cual se basa en tres dimensiones de la calidad: el contexto o entorno de la atención (**entorno**), las relaciones interpersonales que se establecen entre proveedor y usuario (**humana**) y los aspectos técnicos de la atención (**técnica**).

La dimensión entorno tiene que ver con los elementos tangibles de la prestación y los procesos de soporte de la atención médica. La dimensión humana tiene que ver con la información que brindamos a los usuarios y nuestra empatía con el paciente. La dimensión técnica tiene que ver con la capacidad de dar una respuesta técnica y basada en evidencia científica, es decir una atención segura.

#### 5.3.1 DIMENSIÓN ENTORNO

Referida a la organización de la institución y a las características de los servicios de salud. Tiene los siguientes atributos: accesibilidad y tangibilidad. Se ponen de manifiesto los componentes subjetivo y objetivo de la calidad.

En el año 2023 se realizó la Evaluación de la satisfacción de los usuarios externos mediante encuestas de satisfacción, estandarizadas del MINSA aprobadas con RM N° 527-2011/MINSA, en los servicios de consulta externa, emergencia y hospitalización.

Según resultados encontrados en esta encuesta la dimensión de la calidad "Aspectos Tangibles" son los siguientes:



**Tabla N° 1. Grado de satisfacción de la dimensión “Aspectos tangibles”, Encuesta de satisfacción del Usuario Externo – HONADOMANI SB 2023**

| DIMENSIÓN DE LA CALIDAD   | Consulta Externa |                  | Emergencia     |                  | Hospitalización |                  |
|---------------------------|------------------|------------------|----------------|------------------|-----------------|------------------|
|                           | Satisfecho (%)   | Insatisfecho (%) | Satisfecho (%) | Insatisfecho (%) | Satisfecho (%)  | Insatisfecho (%) |
| <b>Aspectos Tangibles</b> | 70,5             | 29,5             | 67,6           | 32,4             | 73,1            | 26,9             |

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad-UMC-HANODOMANI SB.

En términos generales, los usuarios externos de nuestro hospital muestran satisfacción con los aspectos tangibles de la atención, encontrándose estos porcentajes de acuerdo con el estándar establecido (>60%).

Dentro de las preguntas de esta encuesta y en base a la dimensión evaluada, la de mayor porcentaje de insatisfacción alcanzó el (36.2%) respecto a los “Ambientes del servicio de emergencia estuvieron limpios y cómodos”.

### 5.3.2 DIMENSIÓN HUMANA

La dimensión humana de la atención se valora midiendo la experiencia del usuario, tanto en la información que se brinda, como la amabilidad en el trato (**empatía**); el instrumento más cercano a este propósito son las encuestas de satisfacción. Obteniendo los siguientes resultados.

**Tabla N° 2. Grado de satisfacción de la dimensión “Empatía”, Encuesta de satisfacción del Usuario Externo – HONADOMANI SB 2023**

| SERVICIOS               | General (%) | Dimensión de la calidad: Empatía |                  |
|-------------------------|-------------|----------------------------------|------------------|
|                         |             | Satisfecho (%)                   | Insatisfecho (%) |
| <b>Consulta externa</b> | 80,5        | 82,0                             | 18,0             |
| <b>Emergencia</b>       | 69,9        | 74,2                             | 25,8             |
| <b>Hospitalización</b>  | 78,8        | 81,9                             | 18,1             |

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad-UMC-HANODOMANI SB.

Según los resultados encontrados en la encuesta realizada el año 2023, en términos generales muestra satisfacción con la atención recibida, encontrándose la dimensión empatía por encima del estándar esperado (>60%)

Respecto a la Gestión de Libro de Reclamaciones institucional 2023, se han atendido 190 reclamos en salud presentados por los usuarios externos en los libros de Reclamaciones físico (151 reclamos) y virtual (39 reclamos) con los que cuenta la entidad para tal propósito.

El servicio de Consulta externa generó el 65% de los reclamos, el servicio de hospitalización el 12%, el servicio de emergencia 11%, terceros 6% y se declararon improcedentes el 6% de los reclamos en el 2023. Gráfico N° 02





**Gráfico N° 02. Reclamos por Área de Ocurrencia – 2023.HONADOMANI.SB.2023**



Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad-UMC-HANODOMANI SB.

Los dos mayores motivos de reclamo durante el año 2023 han sido; *Otro reclamo referido a la atención en la IPRESS* que representa el 40% (76 reclamos) y en segundo lugar el de *No recibir trato amable del médico y/o personal de salud* representando el 18% (34 reclamos).

De los 190 reclamos en el año 2023 se ha atendido el 76% de los reclamos dentro del plazo que señala la ley, 21% fuera de dicho plazo y pendientes de atención el 3% del total de reclamos.

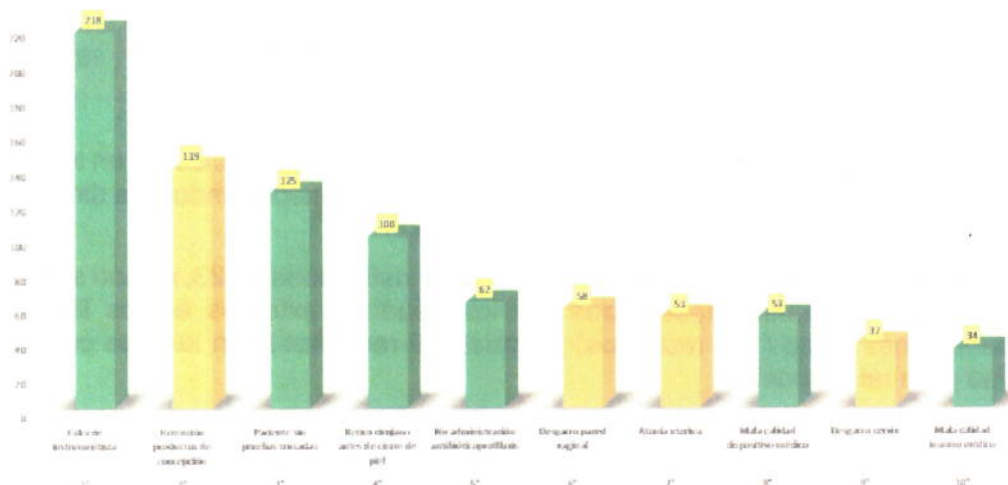
### 5.3.3 DIMENSIÓN TÉCNICA

Esta dimensión tiene que ver fundamentalmente con la seguridad de la atención, por lo que la mejor fuente para ilustrar esta dimensión son las herramientas siguientes: vigilancia de los incidentes de seguridad del paciente, rondas de seguridad, análisis causa raíz y las listas de verificación de seguridad para la cirugía y el parto vaginal; así como, la evaluación de adherencia a la higiene de manos que como institución nos permiten identificar o prever riesgos hacia el paciente.

#### • VIGILANCIA DE LOS INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

En el año 2023 se han reportado 1664 incidentes de seguridad del paciente. A diferencia del año 2022 que se reportaron solamente 952 incidentes, lo cual demuestra una mejora sustancial en la notificación. En el gráfico N° 03 se muestran los incidentes de seguridad más frecuentes, reportados en el HONADOMANI "San Bartolomé" el año 2023.

**Gráfico N° 03. Diez Incidentes de Seguridad del Paciente más Frecuentes  
HONADOMANI.SB 2023**

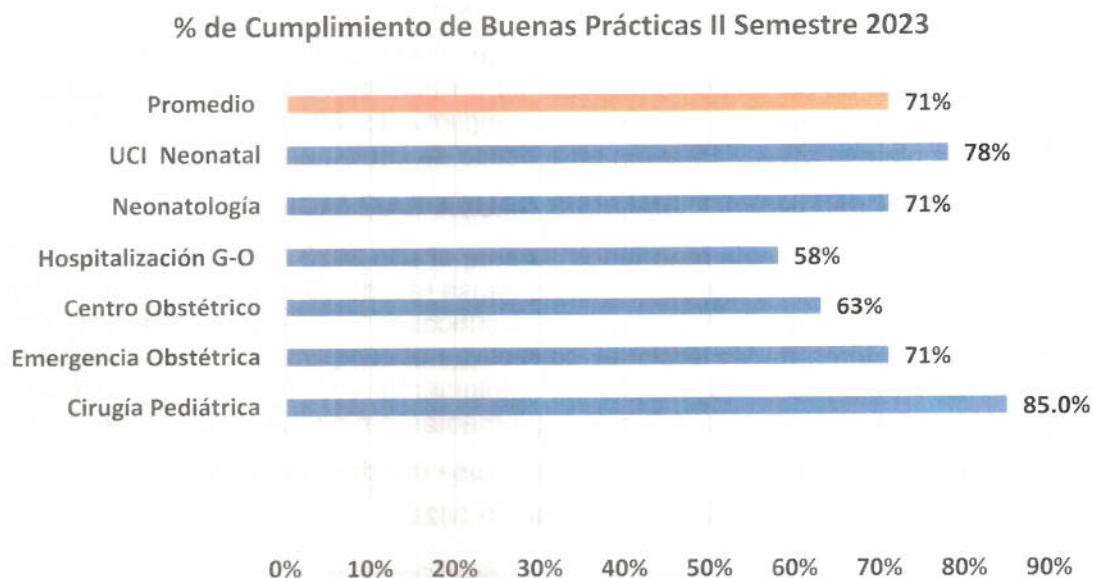


En el Gráfico N° 03, apreciamos los 10 incidentes de seguridad del paciente más frecuentes reportados en el HONADOMANI-SB durante el año 2023. Los incidentes más frecuentes son la falta de instrumentista, la retención de productos de la concepción, le sigue, el paciente sin pruebas cruzadas, el retiro del cirujano antes del cierre de piel y la no administración de antibiótico profilaxis. Se reportó, además 53 atonías uterinas, 09 rupturas de cordón umbilical, 07 casos de muertes y 01 óbito fetal intrahospitalario (Eventos centinela).

#### • RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

En el año 2023 se cumplió el 100% de las rondas de seguridad del paciente programadas (12 rondas), lográndose evaluar en dos oportunidades a cada Servicio. A continuación, se muestra el porcentaje de cumplimiento de las rondas efectivizadas durante el segundo semestre del año 2023.

**Gráfico N° 04. Promedio del Cumplimiento de Buenas Prácticas en las Rondas de Seguridad del Paciente según Servicio – HONADOMANI.SB II Semestre 2023**



*Fuente: Informes de rondas de seguridad 2023. Unidad de Seguridad del Paciente–OGC.*

En el gráfico N° 04 se observa, que de los Servicios en los que se realizó las rondas de seguridad del paciente en el II semestre del 2023, en cuatro de ellos se supera el 70% de cumplimiento de las buenas prácticas evaluadas, siendo los Servicios de Hospitalización de Gineco-obstetricia y de Centro Obstétrico los que tienen el menor porcentaje de cumplimiento (58% y 63% respectivamente). El promedio general de cumplimiento fue de 71%.





**Tabla N° 3. Monitoreo de las Rondas de Seguridad. HONADOMANI.SB  
II Semestre 2023**

| Fecha     | Rondas de Seguridad   | Implementación de las Acciones Correctivas |              |           |                 |                     |
|-----------|-----------------------|--------------------------------------------|--------------|-----------|-----------------|---------------------|
|           |                       | Total                                      | implementado | Proceso   | No implementado | % de Implementación |
| Junio     | UCI Neonatal          | 16                                         | 8            | 2         | 6               | 50%                 |
| Julio     | Cirugía Pediátrica    | 9                                          | 3            | 2         | 4               | 33%                 |
| Agosto    | Emergencia Obstétrica | 13                                         | 7            | 1         | 5               | 54%                 |
| Setiembre | Centro Obstétrico     | 17                                         | 10           | 5         | 2               | 59%                 |
| Octubre   | Hospitalización G-O   | 12                                         | 7            | 3         | 2               | 58%                 |
| Noviembre | Neonatología          | 9                                          | 6            | 2         | 1               | 67%                 |
| Diciembre | *UCI Neonatal         |                                            |              |           |                 |                     |
|           | <b>TOTAL</b>          | <b>76</b>                                  | <b>41</b>    | <b>15</b> | <b>20</b>       | <b>54%</b>          |

Fuente: Unidad Seguridad paciente. Informes de los Dptos.

\* No se informa porque estan dentro de los plazos

En Tabla N° 03 se observa que, en relación con el total de cumplimiento de la implementación de acciones correctivas, de un total de 76, se han implementado solo 41 lo que corresponde a un 54% de cumplimiento. 20 acciones correctivas no han sido implementadas y 15 están en proceso de implementación.

#### • EVENTOS CENTINELA Y ANÁLISIS CAUSA RAÍZ (ACR)

De los 08 eventos centinela reportados durante el año 2023 (07 muertes y 01 óbito fetal intrahospitalario), se realizó el análisis causa raíz de 03 eventos centinela (2 en el departamento de emergencia y cuidados críticos y 1 en cirugía pediátrica). Con relación al monitoreo de las acciones correctivas el cumplimiento fue muy bajo. El servicio de cirugía pediátrica cumplió con implementar solo el 58% de las acciones correctivas y los otros dos servicios no implementaron ninguna. Tabla N° 04

**Tabla N° 04. Monitoreo de los Análisis causa raíz de eventos centinela  
HONADOMANI. SB 2023**

| Mes     | Dpto.                           | Implementación de las Acciones Correctivas |              |          |                 |                   |
|---------|---------------------------------|--------------------------------------------|--------------|----------|-----------------|-------------------|
|         |                                 | Total                                      | implementado | Proceso  | No implementado | % de Cumplimiento |
| Febrero | Emergencia y Cuidados críticos. | 18                                         | 0            | 0        | 0               | 0%                |
| Junio   | Cirugía Pediátrica              | 12                                         | 7            | 5        | 0               | 58%               |
| Agosto  | Emergencia y Cuidados críticos. | 12                                         | 0            | 0        | 0               | 0%                |
|         | <b>TOTAL</b>                    | <b>42</b>                                  | <b>7</b>     | <b>4</b> | <b>29</b>       | <b>17%</b>        |

Fuente: Informes de análisis causa raíz 2023. Unidad de Seguridad del Paciente –OGC

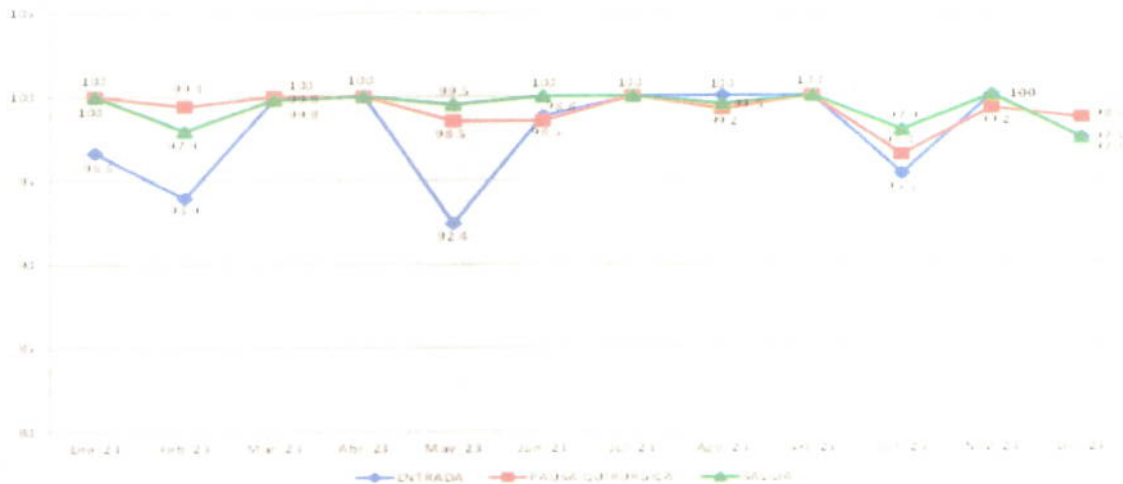
#### • APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA (LVSC)

En nuestro Hospital desde el año 2009 se ha implementado y se aplica la LVSC y mensualmente se monitoriza y evalúa su aplicación. En relación con la aplicación de la LVSC, durante el año 2023 se realizaron un total de 4599 procedimientos quirúrgicos y se aplicaron el mismo número de Listas de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC), cumpliendo una adherencia del 100% de enero a diciembre del 2023.





**Gráfico N° 05. Porcentaje de Cumplimiento de la LVSC por cada momento por Meses.  
HONADOMANI.SB 2023**



*Fuente: Reporte del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico. Enero a diciembre 2023.*

En el gráfico N° 05, se muestra el porcentaje de cumplimiento en cada una de las 3 etapas de la lista de verificación de seguridad de la cirugía de enero a diciembre 2023. Observamos que, la tercera etapa (antes que el paciente salga del quirófano) es la que presenta el mayor cumplimiento, seguida de la segunda etapa (pausa quirúrgica) y luego la primera etapa (antes de la inducción anestésica). Los promedios de cumplimiento son: 98% en la primera etapa, 99.1% en la segunda etapa y 99.3% en la tercera etapa.

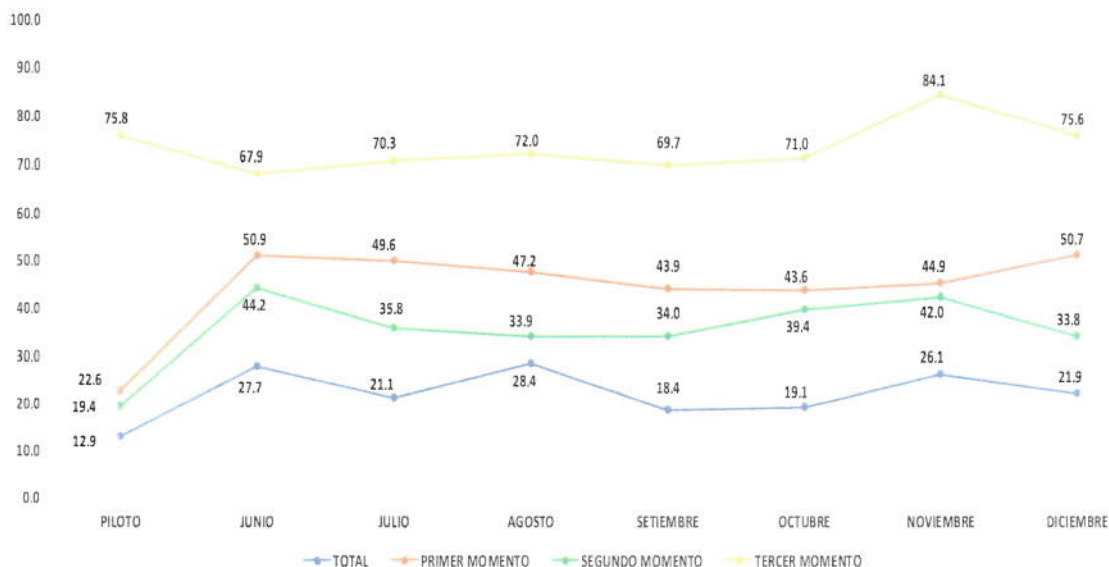
#### • APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DEL PARTO VAGINAL (LVSPV)

En el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, la lista de verificación de la seguridad del parto vaginal se viene aplicando en centro obstétrico, desde el mes de junio del 2023 y, la Oficina de Gestión de la Calidad analiza los reportes mensuales de su aplicación y emite un informe mensual de los resultados de ese proceso, el que es remitido a través de la dirección general a los departamentos de ginecoobstetricia y de pediatría. De junio a diciembre del 2023 se atendieron 1648 partos vaginales y se aplicaron 1581 LVSPV, lo que representa un 95.9% de aplicación de la LVSPV.





**Gráfico N° 06. Porcentaje de Verificación de Ítems de la LVSPV Total y por cada Momento. Junio - diciembre 2023. HONADOMANI. SB**



Fuente: Reporte del Departamento de Ginecoobstetricia - Centro Obstétrico. Junio a diciembre 2023.

En el gráfico N° 06, se muestra que en el mes de diciembre del 2023 solo el 21.9% de las LVSPV (44 listas) fueron verificadas en su totalidad. En el análisis por momentos, el tercer momento fue el que obtuvo el porcentaje mayor de verificación (75.6%), seguido por el primer momento (50.7%) y el segundo momento (33.8%). En general se observa una disminución en la verificación de los ítems en comparación al anterior mes, excepto en el primer momento.

#### • ADHERENCIA HIGIENE DE MANOS

En cumplimiento al Compromiso de Mejora "Fortalecimiento del Monitoreo a la Adherencia a la Higiene de Manos en el Ámbito Hospitalario" se realizaron diez mediciones (Una medición por mes) durante el año 2023, en las áreas de hospitalización Obstetricia, Pediatría y Cirugía Pediátrica, se tiene como valor esperado un porcentaje mayor o igual al 60%.

#### 5.3.4 CALIDAD DE LA ATENCIÓN POR MACROPROCESOS (AUTOEVALUACIÓN)

El proceso de acreditación está basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar y de esta manera mejorar la calidad de la atención en una organización, así como la medida en que se ha logrado organizarse para brindar una atención de calidad, este es un proceso obligatorio que debemos cumplir. El logro de estos estándares de calidad nos da paso al proceso de la acreditación. La primera fase de la acreditación es la autoevaluación y los resultados de la autoevaluación 2023 alcanzó el 86%.

De los 21 macroprocesos evaluados, 2 alcanzaron calificación menor del 50% (rojo), 2 macroprocesos alcanzaron calificación mayor al 50% y menor al 70% (anaranjado), 3 macroprocesos alcanzaron calificación entre el 71% y menor del 85% (amarillo) y finalmente 14 macroprocesos alcanzaron calificación mayor del 85% (verde).



|                                                                                  |                                                                                              |                                        |            |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------|
|  | PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2024<br>HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN<br>BARTOLOME | Versión: 1<br>Fecha de<br>Elaboración: | Marzo 2024 |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------|

De lo observado se concluye que el hospital ha mejorado la calificación en el transcurso de los años, observando una curva ascendente, superando el 85% de cumplimiento en esta última evaluación.

- **Auditoría de la calidad de la atención**

El Plan de Auditoria no se ha concluido debido a que no contamos con los todos los integrantes de los equipos recientemente oficializados con Resolución Directoral, debido a la renuncia de dos integrantes del comité de auditoría médica.

Como propuesta para el año 2024, se planteará la realización de auditorías de caso a demanda y las auditorias preventivas, debido a que son una herramienta proactiva que puede ayudar a las organizaciones a identificar y abordar problemas potenciales antes de que se conviertan en problemas reales. Al anticiparse a posibles problemas, las organizaciones pueden ahorrar tiempo, recursos y dinero al evitar fallos en la calidad, reclamaciones de clientes o incumplimientos normativos.

#### 5.4. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL PEI Y ARTICULACIÓN OPERATIVA CON LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS DEL POI

Las actividades del presente plan se alinean al Objetivo Estratégico OEI 04 Fortalecer la rectoría y la 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 en su Acción Estratégica AOEI.04.2. Gestión orientada a resultados al servicio de la población con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados del Plan Estratégico Institucional 2019-2027 ampliado del Ministerio de Salud, aprobado por Resolución Ministerial N° 172-2024-MINSA.

**Tabla N° 04. Articulación estratégica y operativa**

| PEI<br>Objetivos estratégicos                                                                                                                                                                                     | PEI<br>Acciones estratégicas                                                                                                                            | Alineamiento con<br>las Categorías<br>Presupuestales del<br>POI    | Objetivo General del Plan de<br>Gestión de la Calidad                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OEI 04</b><br>Fortalecer la rectoría y la 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. | <b>AOEI.04.2.</b><br>Gestión orientada a resultados al servicio de la población con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados | <b>9001</b><br>ACCIONES CENTRALES<br>500003 Gestión Administrativa | Fortalecer las intervenciones de seguridad de la atención, la gestión de riesgos, la mejora continua y la cultura de calidad, que conduzcan a la acreditación del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé para la satisfacción de los usuarios. |

#### 5.5. ACTIVIDADES POR OBJETIVOS

La matriz de actividades por objetivos estratégicos, así como el cronograma y los responsables de estas están incluidas en el Anexo 1.

#### 5.6. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

El presupuesto y financiamiento para el cumplimiento del presente plan está considerado en el Plan Operativo Institucional (POI) 2024 del HONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ" aprobado con R.D. N° 298-2023-DG-HONADOMANI-SB, en el que están consideradas todas las actividades propuestas para el cumplimiento de los objetivos planteados en el Plan de Gestión de la Calidad 2024. Se financian con los recursos de la fuente de financiamiento de Recursos Ordinarios del Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé", los cuales dependen de la asignación presupuestal de las demandas adicionales solicitadas en el año fiscal.





## 5.7. ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN

El presente plan será objeto de monitoreo mensual y de evaluación semestral y anual con los siguientes indicadores por objetivos.

| OBJETIVO                                                                                                                                                                                                                                                       | INDICADOR                                                        | FÓRMULA                                                                                                                                                             | UNIDAD DE MEDIDA | PERIODICIDAD | META PROGRAMADA                                                           | FUENTE DE INFORMACIÓN                                                                       | RESPONSABLE*                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| OG: Fortalecer las intervenciones de seguridad de la atención, la gestión de riesgos, la mejora continua y la cultura de calidad, que conduzcan a la acreditación del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé para la satisfacción de los usuarios. | Porcentaje de satisfacción del usuario                           | $= \frac{\text{Total de usuarios encuestados satisfechos}}{\text{Total de usuarios encuestados}} \times 100$                                                        | Porcentaje       | Anual        | > 70%                                                                     | Informe de evaluación de la satisfacción de los usuarios                                    | Oficina de Gestión de la Calidad        |
| OE1: Fortalecer la organización de la calidad, las buenas prácticas de atención y gestión de riesgo para la seguridad del paciente                                                                                                                             | Porcentaje del cumplimiento de buenas prácticas                  | $= \frac{\text{Total de buenas prácticas cumplidas}}{\text{Total de buenas prácticas evaluadas}} \times 100$                                                        | Porcentaje       | Semestral    | > 70%                                                                     | Informe de las Rondas de Seguridad                                                          | Unidad de Seguridad del Paciente        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                | Tasa de incidentes de seguridad del paciente                     | $= \frac{\text{N° de incidentes de seguridad del paciente}}{\text{Total de pacientes hospitalizados}} \times 100$                                                   | Porcentaje       | Mensual      | -                                                                         | Reporte de incidentes de seguridad del paciente/Reporte de hospitalizados (Of. Estadística) | Unidad de Seguridad del Paciente        |
| OE2: Mejorar los procesos de atención al usuario externo en salud                                                                                                                                                                                              | Porcentaje de avance en la implementación de proyectos de mejora | $= \frac{\text{Total de proyectos de mejora con avance } > 60\%}{\text{Total de proyectos de mejora en implementación}} \times 100$                                 | Porcentaje       | Anual        | 80%                                                                       | Informe de proyectos de mejora en implementación                                            | Unidad de Mejora Continua de la Calidad |
|                                                                                                                                                                                                                                                                | Porcentaje de implementación de acciones de mejora               | $= \frac{\text{Total de acciones de mejora implementadas}}{\text{Total de acciones de mejora propuestas}} \times 100$                                               | Porcentaje       | Anual        | 90%                                                                       | Informe de acciones de mejora                                                               | Unidad de Mejora Continua de la Calidad |
|                                                                                                                                                                                                                                                                | Promedio de tiempo de espera en consulta externa                 | $= \frac{\text{Suma de tiempo promedio transcurrido de espera antes de la entrada al consultorio médico}}{\text{N° de mediciones realizadas del tiempo de espera}}$ | Promedio         | Anual        | Disminuir en un 10% tiempo de espera del usuario con relación al año 2023 | Informe de tiempo de espera                                                                 | Unidad de Mejora Continua de la Calidad |
| OE3: Desarrollar mecanismos de atención e información al usuario                                                                                                                                                                                               | Porcentaje de reclamos atendidos oportunamente                   | $= \frac{\text{N° de reclamos atendidos oportunamente}}{\text{N° de reclamos}} \times 100$                                                                          | Porcentaje       | Mensual      | 100%                                                                      | Informe mensual de reclamo                                                                  | Unidad de Mejora Continua de la Calidad |
| OE4: Evaluar la calidad técnica de atención en salud                                                                                                                                                                                                           | Resultado de autoevaluación                                      | $= \frac{\text{N° de macroprocesos aprobados}}{\text{Total de macroprocesos evaluados}} \times 100$                                                                 | Porcentaje       | Anual        | > 85%                                                                     | Autoevaluación                                                                              | Unidad de Garantía de la Calidad        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                | Porcentaje de cumplimiento de auditorías                         | $= \frac{\text{N° de informes de auditorías realizadas}}{\text{N° de auditorías requeridas}} \times 100$                                                            | Porcentaje       | Anual        | 100%                                                                      | Informe de auditoría                                                                        | Unidad de Garantía de la Calidad        |

(\*) Se refiere a la responsabilidad de la medición del indicador.



|                                                                                   |                                                                                              |                          |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------|
|  | PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2024<br>HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN<br>BARTOLOME | Versión:                 | 1          |
|                                                                                   |                                                                                              | Fecha de<br>Elaboración: | Marzo 2024 |

## VI. RESPONSABILIDADES

La Oficina de Gestión de la Calidad del HONADOMANI, será responsable del cumplimiento, monitoreo y evaluación del presente Plan.

## VII. ANEXOS

Anexo 1: Matriz de Programación del Plan de Gestión de la Calidad 2024, del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

## VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/DM, que aprueba el "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
2. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica: "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad".
3. Ministerio 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"
4. Superintendencia Nacional de Salud - Decreto Supremo N° 031-2014-SA.- Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD.



**ANEXO 1: Matriz de Programación del Plan de Gestión de la Calidad 2024, del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. (Parte 1)**

| UNIDAD ORGÁNICA                                                                                                                        | OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD                                                                                                                                                                                                                           |                        |                               |         |          |         |       |                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------|---------|----------|---------|-------|----------------------------------|
| OBJETIVO GENERAL                                                                                                                       | Fortalecer las intervenciones de seguridad de la atención, la gestión de riesgos, la mejora continua y la cultura de calidad, que conduzcan a la acreditación del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé para la satisfacción de los usuarios. |                        |                               |         |          |         |       |                                  |
| OBJETIVOS EPECÍFICOS                                                                                                                   | ACTIVIDAD / TAREAS                                                                                                                                                                                                                                         | UNIDAD DE MEDIDA       | PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS |         |          |         |       | Responsable                      |
|                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                            |                        | I TRIM                        | II TRIM | III TRIM | IV TRIM | ANUAL |                                  |
| OE 1.<br>Fortalecer la organización de la calidad, las buenas prácticas de atención y gestión de riesgo para la seguridad del paciente | Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad                                                                                                                                                                                                              | Plan aprobado con R.D. | 1                             | 0       | 0        | 0       | 1     | Jefatura OGC                     |
|                                                                                                                                        | Seguimiento del Plan de Gestión de la Calidad                                                                                                                                                                                                              | Informe                | 3                             | 3       | 3        | 3       | 12    | Jefatura OGC                     |
|                                                                                                                                        | Evaluación del Plan de Gestión de la Calidad                                                                                                                                                                                                               | Informe                | 0                             | 1       | 0        | 1       | 2     | Jefatura OGC                     |
|                                                                                                                                        | Elaboración y Aprobación del Cronograma de Rondas de Seguridad y Conformación del Equipo de Rondas de Seguridad                                                                                                                                            | Informe                | 2                             | 0       | 0        | 0       | 2     | Equipo de Seguridad del Paciente |
|                                                                                                                                        | Ejecución de las rondas de seguridad                                                                                                                                                                                                                       | Acción                 | 3                             | 3       | 3        | 3       | 12    |                                  |
|                                                                                                                                        | Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones de las rondas de seguridad                                                                                                                                                                             | Acción                 | 1                             | 0       | 1        | 0       | 2     |                                  |
|                                                                                                                                        | Monitoreo del cumplimiento de la Aplicación de la LVCS                                                                                                                                                                                                     | Informe                | 3                             | 3       | 3        | 3       | 12    |                                  |
|                                                                                                                                        | Supervisión de la Aplicación de la LVCS                                                                                                                                                                                                                    | Acción                 | 0                             | 1       | 0        | 1       | 2     |                                  |
|                                                                                                                                        | Aplicación de la encuesta para la implementación de la LVSC                                                                                                                                                                                                | Informe                | 1                             | 0       | 0        | 0       | 1     |                                  |
|                                                                                                                                        | Monitoreo del cumplimiento de la Lista de Verificación de Parto Vaginal Seguro (LVPS)                                                                                                                                                                      | Acción                 | 3                             | 3       | 3        | 3       | 12    |                                  |
|                                                                                                                                        | Consolidación de los reportes de incidentes de seguridad                                                                                                                                                                                                   | Reporte                | 3                             | 3       | 3        | 3       | 12    |                                  |
|                                                                                                                                        | Análisis y recomendaciones de los reportes de incidentes de seguridad                                                                                                                                                                                      | Informe                | 1                             | 0       | 1        | 0       | 2     |                                  |
|                                                                                                                                        | Desarrollo de Análisis causal de eventos adversos (ACR)                                                                                                                                                                                                    | Informe                | 1                             | 1       | 1        | 1       | 4     |                                  |
|                                                                                                                                        | Monitoreo del cumplimiento de recomendaciones de Análisis causal de eventos adversos (ACR)                                                                                                                                                                 | Acción                 | 1                             | 1       | 1        | 1       | 4     |                                  |



**NEXO 1: Matriz de Programación del Plan de Gestión de la Calidad 2024, del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. (Parte 2)**

| UNIDAD ORGÁNICA                                                    | OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD                                                                                                                                                                                                                           |                    |                               |         |          |         |       |                                      |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------|---------|----------|---------|-------|--------------------------------------|
| OBJETIVO GENERAL                                                   | Fortalecer las intervenciones de seguridad de la atención, la gestión de riesgos, la mejora continua y la cultura de calidad, que conduzcan a la acreditación del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé para la satisfacción de los usuarios. |                    |                               |         |          |         |       |                                      |
| OBJETIVOS EPECÍFICOS                                               | ACTIVIDAD / TAREAS                                                                                                                                                                                                                                         | UNIDAD DE MEDIDA   | PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS |         |          |         |       | Responsable                          |
|                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                            |                    | I TRIM                        | II TRIM | III TRIM | IV TRIM | ANUAL |                                      |
| OE 2. Mejorar los procesos de atención al usuario externo en salud | Asistencia Técnica de las Guías de Practica Clínica                                                                                                                                                                                                        | Informe            | 1                             | 1       | 1        | 1       | 4     | Jefatura OGC                         |
|                                                                    | Capacitación de los equipos de mejora continua                                                                                                                                                                                                             | Persona capacitada | 0                             | 20      | 0        | 0       | 20    | Equipo de Mejora Continua de Calidad |
|                                                                    | Asistencia técnica a equipos de mejora para la desarrollo de los PMC.                                                                                                                                                                                      | Acción             | 3                             | 3       | 3        | 3       | 12    |                                      |
|                                                                    | Seguimiento de implementación del proyecto de mejora                                                                                                                                                                                                       | Acción             | 3                             | 3       | 3        | 3       | 12    |                                      |
|                                                                    | Asistencia técnica para desarrollo de acciones de mejora                                                                                                                                                                                                   | Acción             | 3                             | 3       | 3        | 3       | 12    |                                      |
|                                                                    | Capacitación y Medicion del tiempo de espera                                                                                                                                                                                                               | Acción             | 0                             | 0       | 2        | 0       | 2     |                                      |
|                                                                    | Elaboración, aprobación, seguimiento y evaluación del Plan Cero Colas                                                                                                                                                                                      | Informe            | 2                             | 1       | 1        | 1       | 5     |                                      |
|                                                                    | Capacitación del personal asistencial y administrativo en Humanización de la Atención                                                                                                                                                                      | Persona capacitada | 0                             | 0       | 300      | 0       | 300   |                                      |
|                                                                    | Capacitación y organización de los encuestadores                                                                                                                                                                                                           | Persona capacitada | 0                             | 0       | 5        | 0       | 5     |                                      |
|                                                                    | Ejecución de Encuestas de Satisfacción del Usuario                                                                                                                                                                                                         | Acción             | 0                             | 0       | 1300     | 0       | 1300  |                                      |
|                                                                    | Elaboración de Informes de Encuesta de Satisfacción del Usuario (consulta externa /hospitalización/ emergencia)                                                                                                                                            | Informe            | 0                             | 0       | 1        | 2       | 3     |                                      |
|                                                                    | Evaluación de la adherencia a las guías de práctica clínica de áreas y procedimientos priorizadas.                                                                                                                                                         | Informe            | 1                             | 1       | 1        | 1       | 4     | Equipo de Seguridad del Paciente     |
|                                                                    | Asistencia Técnica de Guías de Procedimiento Asistencial                                                                                                                                                                                                   | Informe            | 0                             | 1       | 1        | 1       | 3     | Equipo de Garantía de Calidad        |
|                                                                    | Seguimiento de la adherencia a la higiene de manos                                                                                                                                                                                                         | Informe            | 3                             | 3       | 3        | 2       | 11    |                                      |



|                                                                                   |                                                                                              |              |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|
|  | PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2024<br>HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN<br>BARTOLOME | Versión:     | 1          |
|                                                                                   |                                                                                              | Fecha de     |            |
|                                                                                   |                                                                                              | Elaboración: | Marzo 2024 |

**ANEXO 1: Matriz de Programación del Plan de Gestión de la Calidad 2024, del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. (Parte 3)**

| UNIDAD ORGÁNICA                                                   | OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD                                                                                                                                                                                                                           |                  |                               |         |          |         |       |                                      |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------|---------|----------|---------|-------|--------------------------------------|
|                                                                   | Fortalecer las intervenciones de seguridad de la atención, la gestión de riesgos, la mejora continua y la cultura de calidad, que conduzcan a la acreditación del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé para la satisfacción de los usuarios. |                  |                               |         |          |         |       |                                      |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS                                             | ACTIVIDAD / TAREAS                                                                                                                                                                                                                                         | UNIDAD DE MEDIDA | PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS |         |          |         |       | Responsable                          |
|                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                            |                  | I TRIM                        | II TRIM | III TRIM | IV TRIM | ANUAL |                                      |
| OE 3. Desarrollar mecanismos de atención e información al usuario | Atención los reclamos de los usuarios externos presentados en el Libro de Reclamaciones.                                                                                                                                                                   | Acción           | 33                            | 33      | 33       | 33      | 132   | Equipo de Mejora Continua de Calidad |
|                                                                   | Reporte semestral del Libro de Reclamaciones - OCI                                                                                                                                                                                                         | Reporte          | 1                             | 0       | 1        | 0       | 2     |                                      |
|                                                                   | Reporte a SUSALUD (SETI-RECLAMOS)                                                                                                                                                                                                                          | Acción           | 3                             | 3       | 3        | 3       | 12    |                                      |
| OE 4. Evaluar la calidad técnica de atención en salud             | Elaboración, seguimiento y evaluación del Plan de Mejora Post Autoevaluación                                                                                                                                                                               | Informe          | 2                             | 1       | 1        | 0       | 4     | Equipo de Garantía de Calidad        |
|                                                                   | Elaboración, Aprobación y Ejecución el Plan de Autoevaluación                                                                                                                                                                                              | Informe          | 1                             | 0       | 1        | 1       | 3     |                                      |
|                                                                   | Asistencia Técnica para la Implementación para la Certificación ISO                                                                                                                                                                                        | Acción           | 0                             | 1       | 1        | 1       | 3     |                                      |
|                                                                   | Elaboración del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención (cronograma)                                                                                                                                                                             | Informe          | 1                             | 0       | 0        | 0       | 1     |                                      |
|                                                                   | Desarrollo de Auditorías de la Calidad de Atención                                                                                                                                                                                                         | Acción           | 1                             | 1       | 1        | 1       | 4     |                                      |
|                                                                   | Seguimiento de implementación de recomendaciones                                                                                                                                                                                                           | Acción           | 1                             | 1       | 1        | 1       | 4     |                                      |

