



# RESOLUCIÓN DIRECTORAL

San Juan de Miraflores,

05 JUN. 2024

ASISTO:

El Expediente N° 24-010442-001, que contiene la Nota Informativa N° 067-2024-HMA-OGC y el Informe N° 020-2024-HMA-OGC, ambos emitidos por la Oficina de Gestión de la Calidad, el Informe Técnico N° 021-2024-OEPE-HMA emitido por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, el Informe Legal N° 19-2024-HMA-OAJ y el Provedo N° 075-2024-HMA-OAJ, de la Oficina de Asesoría Jurídica, relacionados a la aprobación del "PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2024".

CONSIDERANDO:

Que, mediante Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo;

Que, mediante Ley N° 29414, se establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud,

Que, mediante el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se aprobó el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo;

Que, mediante el Decreto Supremo N° 027-2015-SA, se aprobó el Reglamento de la Ley N° 298414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009-MINSA, se aprobó el documento técnico "Política Nacional de la Calidad en Salud", el cual establece el desarrollo de las intervenciones destinada a mejorar la calidad de la atención en el sistema de salud del Perú;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, aprueba la NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01, "Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, prueba la Norma Técnica en Salud NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio Salud";

Que, mediante Nota Informativa N° 067-2024-HMA-OGC, la Oficina de Gestión de la Calidad remite el Informe N° 020-2024-HMA-OGC, informe técnico sustentatorio para la aprobación mediante acto resolutorio del "PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2024";



L. WIZCARRA



M. CUMPA C.



V. GUZMÁN F.



Que, el "PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2024", tiene como objetivo general establecer las acciones para implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital María Auxiliadora, considerando la mejora continua de la atención asistencial y administrativa de nuestros usuarios. Además considera como objetivos específicos: **OE1.** Fortalecer los procesos de mejora continua a través de la gestión de la calidad en el Hospital María Auxiliadora, **OE2.** Realizar una Autoevaluación de los Macroprocesos de Gestión, asistenciales, prestacionales y de apoyo del Hospital María Auxiliadora, para determinar el nivel de cumplimiento de estándares de acreditación según su categoría e identificar fortalezas y áreas susceptibles de mejora, **OE3.** Contribuir a una mayor efectividad y eficiencia en las prestaciones de salud otorgadas por el Hospital María Auxiliadora a través de la Auditoría de la Calidad de Atención en salud, **OE4.** Promover la cultura de seguridad del paciente y gestión de riesgos en el Hospital María Auxiliadora, **OE5.** Promover el buen trato y satisfacción del usuario en salud, **OE6.** Gestionar los Mecanismos para la Atención de consulta, reclamos, denuncias y felicitaciones de los Usuarios Externos;

Que, mediante Informe Técnico N° 021-2024-OEPE-HMA, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, luego de la evaluación, concluye que el "PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2024", está comprendido en el Objetivo Estratégico Institucional y Acción Estratégica del POIA 2024, por lo que emite opinión favorable; cuya ejecución estará sujeta a la disponibilidad presupuestal del presente año;

Que, estando a la propuesta de los documentos de vistos, contando con opinión favorable, resulta necesario expedir el acto resolutive correspondiente;

Con las facultades conferidas en el literal c) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital "María Auxiliadora, aprobado por Resolución Ministerial N° 860-2003-SA/DM;

Con los vistos de la Oficina de Gestión de la Calidad, la Oficina de Planeamiento Estratégico y la Oficina de Asesoría Jurídica;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°:** APROBAR el "PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2024" que en 29 folios, forma parte integrante de la presente Resolución.

**Artículo 2°:** ENCARGAR a la Oficina de Gestión de la Calidad, la supervisión y cumplimiento del Plan aprobado por la presente Resolución.

**Artículo 3°:** DISPONER que la Unidad Funcional de Secretaría Administrativa de la Dirección General publique la presente resolución en el portal institucional.

**REGISTRESE y COMUNIQUESE**

LEVV/VGF/joc

**DISTRIBUCIÓN:**

- ( ) Oficina Ejecutiva de Administración
- ( ) Oficina de Planeamiento Estratégico
- ( ) Oficina de Gestión de la Calidad
- ( ) Oficina de Asesoría Jurídica.
- ( ) Archivo.



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA  
MC. LUIS ENRIQUE VIZCARRA JARA  
DIRECTOR GENERAL  
CMP 022683 RNE 019438

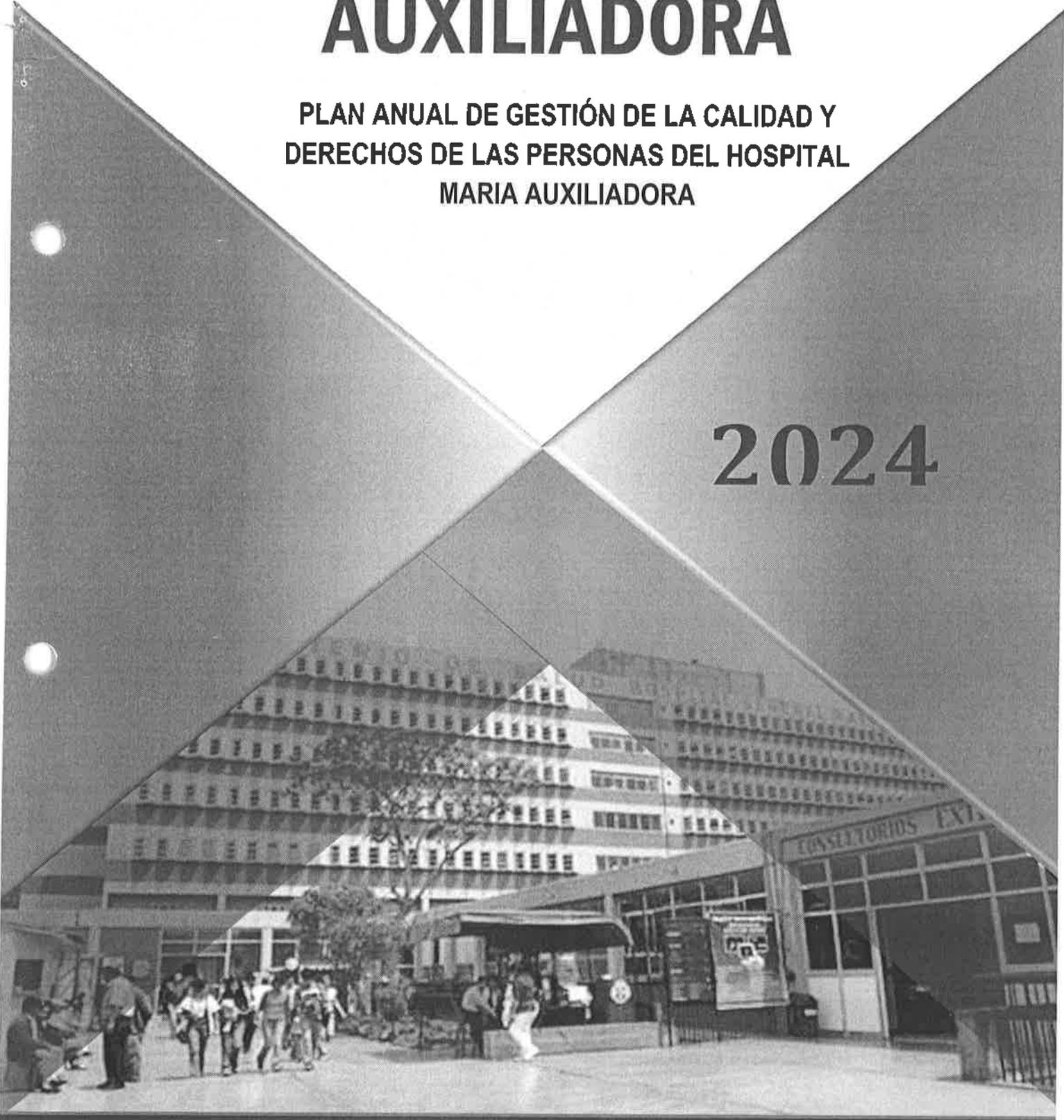




# HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA

PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS DEL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

# 2024





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Viceministerio  
de Prestaciones y  
Aseguramiento en Salud

Hospital  
María Auxiliadora

29  
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia y de la conmemoración de las heroicas batallas Junín y Ayacucho"

## PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS DEL HOSPITAL

### MARIA AUXILIADORA 2024

#### 2024 OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

M.C. Luis Enrique Vizcarra Jara

**Director General (e)**

MC. Luis Carlos Almanza Cáceres

**Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad**

#### EQUIPO TÉCNICO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

MC. Diana Guisselle Flores Vento

MC. Elizabeth Fiorela Velazque Ccorisoncco

MC. Jonathan Aarón Paredes Flores

Lic. María Carrasco Quispe

Lic. Amalia Suarez Flores



Srta. Mariel Garro Ibarra

**Asistente de Gestión**



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Asesoramiento en Salud

Hospital María Auxiliadora

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia y de la conmemoración de las heroicas batallas Junín y Ayacucho”

28

## ÍNDICE

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
I. INTRODUCCION	3
II. FINALIDAD	3
III. OBJETIVO GENERAL	3
3.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS SEGÚN LINEAS DE ACCION	3
IV. AMBITO DE APLICACIÓN	5
V. BASE LEGAL	6
VI. DIAGNOSTICO SITUACIONAL	7
VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	22
VII. PRESUPUESTO	29





## PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS DEL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA 2024

### I. INTRODUCCION:

El Hospital María Auxiliadora es una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) Pública situada en el distrito de San Juan de Miraflores y categorizada como Nivel de complejidad III-1. Es el único centro de referencia Nivel III de la Dirección de redes integradas de salud (DIRIS) - Lima Sur, cuya misión es “prevenir los riesgos, proteger del daño, recuperar la salud y rehabilitar las capacidades de los pacientes en condiciones de plena accesibilidad y de atención a la persona desde su concepción hasta su muerte natural”.

La Oficina de Gestión de la Calidad es la unidad orgánica encargada de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad, promoviendo la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al paciente y con la participación activa del personal<sup>1</sup>.

En concordancia con el marco normativo vigente del Ministerio de Salud, la Oficina de Gestión de la Calidad ha elaborado el Plan anual de Gestión de la Calidad 2024 del Hospital María Auxiliadora, teniendo presente el enfoque de derecho y la bioseguridad de los usuarios internos y externos de nuestra institución.

El presente plan articula seis (06) líneas de acción: mejora continua, autoevaluación, auditoria de la calidad de atención en salud, seguridad del paciente, buen trato y satisfacción del usuario externo, atención de consultas, reclamos, felicitaciones de los usuarios externos. A su vez, establece las actividades a desarrollarse y su programación considerando los recursos disponibles en la institución.

### II. FINALIDAD:

Contribuir a la implementación del sistema de gestión de la calidad, mejora continua de la calidad y seguridad de las prestaciones en salud que brinda el Hospital María Auxiliadora, con enfoque a la satisfacción de nuestros usuarios, en coordinación con las respectivas unidades prestadoras de servicios.

### III. OBJETIVO GENERAL:

Establecer las acciones para implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital María Auxiliadora, considerando la mejora continua de la atención asistencial y administrativa de nuestros usuarios.

#### 3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS (OE)

Las líneas de acción son nuestros ejes de trabajo, de acuerdo a ellas se plantean nuestros objetivos específicos y sus correspondientes actividades:

<sup>1</sup> Resolución Directoral N° 120-2012-HMA-DG, aprueba el Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad.

**OE1. Fortalecer los procesos de mejora continua a través de la gestión de la calidad en el Hospital María Auxiliadora.**

Subobjetivos:

Planificar la gestión de la calidad en salud en el Hospital María Auxiliadora

Fomentar acciones de Mejora Continua de la Calidad en salud en las Unidades Orgánicas del Hospital María Auxiliadora.

Fortalecer la elaboración de documentos normativos en el Hospital María Auxiliadora

**OE2. Realizar una Autoevaluación de los Macroprocesos de Gestión, asistenciales, prestacionales y de apoyo del Hospital María Auxiliadora, para determinar el nivel de cumplimiento de estándares de acreditación según su categoría e identificar fortalezas y áreas susceptibles de mejora.**

Subobjetivos:

Actualizar los equipos de acreditación y autoevaluación del Hospital María Auxiliadora

Socializar del proceso de autoevaluación del Hospital María Auxiliadora

Ejecutar el Proceso de Autoevaluación del Hospital María Auxiliadora

**OE3. Contribuir a una mayor efectividad y eficiencia en las prestaciones de salud otorgadas por el Hospital María Auxiliadora a través de la Auditoría de la Calidad de Atención en salud.**

Subobjetivos:

Planificar y ejecutar actividades de auditoría de la Calidad de Atención en Salud en el Hospital María Auxiliadora

Fortalecer la participación y competencias de los equipos de auditoría del hospital María Auxiliadora y el cumplimiento de la " Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"

Fortalecer la adherencia del personal a las Guías de práctica clínica y guías de procedimientos asistenciales aprobados por el Hospital María Auxiliadora.

Identificar oportunidades de mejora e implementar recomendaciones en base a las auditorías realizadas.

**OE4. Promover la cultura de seguridad del paciente y gestión de riesgos en el Hospital María Auxiliadora**

Subobjetivos:

Fortalecer las competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión de Riesgo.

Fortalecer el registro, notificación y análisis de los incidentes, eventos adversos y eventos centinela.

Coordinar las rondas de seguridad del paciente.

Participar en la promoción y fortalecimiento de la higiene de manos





## OE5. Promover el buen trato y satisfacción del usuario en salud

### Subobjetivos:

Difundir los Deberes y Derechos de los Usuarios de Servicios de Salud entre los colaboradores del HMA y usuarios de servicios de salud del Hospital María Auxiliadora.

Promover una cultura de respeto a los derechos del usuario entre los colaboradores de las áreas de atención asistencial/administrativa del Hospital María Auxiliadora.

Determinar el nivel de satisfacción del usuario externo en el Hospital María Auxiliadora.

## OE6. Gestionar los Mecanismos para la Atención de consultas, reclamos, denuncias y felicitaciones de los Usuarios Externos.

### Subobjetivos:

Gestionar la atención de reclamos y felicitaciones interpuestos por los usuarios externos del Hospital María Auxiliadora.

Brindar la atención de denuncias y solicitudes de información trasladadas por la Autoridad Nacional en salud.

Gestionar mejoras para el funcionamiento de la Plataforma de atención al usuario en salud (PAUS)

## Articulación estratégica con los objetivos y acciones del PEI, articulación operativa con las actividades operativas del POI.

El presente Plan se encuentra articulado al Objetivo Estratégico Institucional OEI.04 establecido en el Plan Estratégico Institucional del MINSA 2019-2024, que refiere:

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". Del mismo modo, se encuentra articulado a la Acción Estratégica AEI.04.02 del Plan Operativo Institucional 2024 del Hospital María Auxiliadora<sup>2</sup>, que refiere:

AEI.04.02: "Gestión orientada a resultados al servicio de la población; con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados"

## IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

El presente Plan es de aplicación en todas las Oficinas, Departamentos y Servicios del Hospital María Auxiliadora y se ejecutará durante el año 2024.

<sup>2</sup> Resolución Directoral N° 107-2024-HMA-DG. Aprueba el "Plan operativo institucional (POI) anual 2023 modificado v. 02 del Hospital María Auxiliadora"

**V. BASE LEGAL:**

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N.° 008-2017-SA, Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- 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.
- Decreto Supremo N° 027-2015-SA, Reglamento de la Ley 29414; Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA: NTS N° 050-MINSA/DGSP - V.02; "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA: "Guía Técnica del evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA: "Política Nacional de Calidad en Salud"
- Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA: "Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía".
- Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA: "Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía".
- Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA: "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: Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad".
- Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA: "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud".
- Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA: NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01; "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del MINSA".
- Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA: Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica".
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA: NT N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud"
- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA: NT N° 139-MINSA/2018/DGAIN; "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"





- Resolución Ministerial N°1143-2019/MINSA. Directiva administrativa N°280-MINSA/OGPPM: "Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos de los Órganos, Unidades Orgánicas de la Administración Central, Los Órganos Desconcertados, Programa y Organismos Públicos Adscritos del MINSA"
- 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 de la Atención de Salud, aprobada el 02 de abril del 2020.
- Resolución de Superintendencia N° 030-2020-SUSALUD/SA. Aprobación de la Clasificación, Lineamientos y Aplicativo Informático para la remisión de información de reclamos de los usuarios de las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS.
- Resolución de Superintendencia N° 071-2021-SUSALUD/SA. Modifican la norma "Clasificación, Lineamientos y Aplicativo Informático para la remisión de la Información de Reclamos de los Usuarios de las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS"
- Resolución Jefatural N° 631-2016/IGSS, Directiva Sanitaria N° 005-IGSS/V.1 "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas".
- Resolución Jefatural N° 764-2016-IGSS, aprueba la Directiva Sanitaria N°009-IGSS/V.1:" Análisis de los Eventos Centinelas en las IPRESS y UGIPRESS del IGSS".
- Resolución Directoral N° 120-2012-HMA-DG, aprueba el Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- Resolución Directoral N° 210-2016-HMA-DG, aprueba el plan de implementación de la plataforma de atención al usuario en salud.

## VI. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

### 6.1. Organización

Según el Manual de organización y funciones (MOF) aprobado con Resolución Directoral N° 120-2012-HMA-DG, la Oficina de Gestión de la Calidad es un órgano de asesoría que depende directamente de la Dirección General. En el año 2016 se creó la Plataforma de atención al usuario en salud (PAUS), siendo asignada como una unidad dependiente de la Oficina de Gestión de la Calidad con Resolución Directoral N° 210-2016-HMA-DG, que aprueba el plan de implementación de la plataforma de atención al usuario en salud. Resaltamos que existe la necesidad de actualizar el MAPRO de la Oficina de gestión de la calidad, de manera que sea congruente con nuestra funcionalidad y necesidades actuales.





## 6.2. Infraestructura

Desde octubre del 2023 se cuenta con una oficina de aproximadamente de 40 m<sup>2</sup>, aledaña al área administrativa. La plataforma de atención al usuario en salud (PAUS) se encuentra ubicada en zona visible y cercana a la puerta principal del hospital, cuenta con un área aproximada de 8m<sup>2</sup>.

Desde el año 2019 se viene solicitando la ampliación y adecuación de la infraestructura de la PAUS. En el año 2023 se ingresó nuevo expediente, actualizando las especificaciones técnicas y bajo la denominación de requerimiento de mantenimiento correctivo. Sin embargo, el proyecto no ha sido ejecutado por falta de disponibilidad presupuestal.

En enero del año 2024 se ha remitido nuevamente el requerimiento a la Dirección General al persistir la necesidad del servicio<sup>3</sup>.

Cabe mencionar que nuestros requerimientos de servicios han sido ingresados en el cuadro de necesidades de la Oficina de Gestión de la calidad del año 2024.

Del mismo modo, se está trabajando en el cuadro de necesidades de la Oficina de Gestión de la calidad del año 2025 - 2027.

## 6.3. Equipamiento.

Tabla 1. Estado actual y brecha del equipamiento de la OGC. Hospital María Auxiliadora 2024.

OGC	Equipos	Estado			Total Brecha
		N.S.C	Bueno (B)	Malo (M)	
RRHH					N.S.C + M
10	CPU	1	9		1
	monitores		9	1	1
	mouse		6	4	4
	impresora multifuncional		1		-
	teclados	1	8	2	3
	aire acondicionado		1		-
	estabilizador de voltaje (E.V.)	5	1		5
	Tablet		1		-
	laptop	1			1

Legenda. N.S.C. no se cuenta.

Fuente OGC.

<sup>3</sup> Expediente n° 018619-2023. Solicito aprobación del servicio mantenimiento correctivo del ambiente para (PAUS) plataforma de atención al usuario en salud



**Tabla 2. Estado actual y brecha del equipamiento de la Plataforma de atención al usuario en salud (PAUS). Hospital María Auxiliadora 2024.**

PAUS RRHH	Equipos	Estado			Total Brecha
		N.S.C	Bueno (B)	Malo (M)	N.S.C + M
02 interno 08 de campo	CPU	1		1	2
	monitores	1		1	2
	mouse	1		1	2
	impresora multifuncional	1			1
	teclados	1		1	2
	aire acondicionado	1			1
	estabilizador de voltaje (E.V.)	2			2
	smartphone	1			1

Leyenda. N.S.C. no se cuenta.

Fuente OGC.

### 6.3. Mobiliario

**Tabla 3. Estado actual y brecha del mobiliario de la OGC. Hospital María Auxiliadora 2024**

OGC RRHH	Mobiliario	Estado			Total Brecha
		N.S.C	Bueno (B)	Malo (M)	N.S.C + M
10	Módulo de trabajo para 02 personas		4		
	Módulo de trabajo para 01 persona	5	3		5
	Mesa de trabajo grande		2		
	Estante de piso			1	1
	armario			1	1
	Lockers		6		
	Estante de pared		4		
	Sillas metálicas		10		
	Sillas giratorias		8		
	Sillas ergonómicas	10			10

Leyenda. N.S.C. no se cuenta.

Fuente OGC.





Tabla 4. Estado actual y brecha del mobiliario de la Plataforma de atención al usuario en salud PAUS. Hospital María Auxiliadora 2024.

PAUS	mobiliario	Estado			Total Brecha N.S.C + M
		N.S.C	Bueno	Malo	
02 Interno 08 de campo	Módulo de trabajo para 01 persona		2		
	armario	1			1
	lockers		9		
	Sillas metálicas		3		
	Estante de piso	1			1
	Sillas ergonómicas	2			2

Leyenda. N.S.C. no se cuenta. B. bueno, M. malo  
Fuente OGC.

6.5. Recurso humano.

El Manual de organización y funciones (MOF) vigente considera solo 03 cargos estructurales en el cuadro orgánico de personal: jefe de la Oficina (01), especialista en gestión de salud I (01), y asistente ejecutivo (01).

Entiéndase por cargo estructural a la denominación establecida legalmente en el normativo de clasificación de cargos.

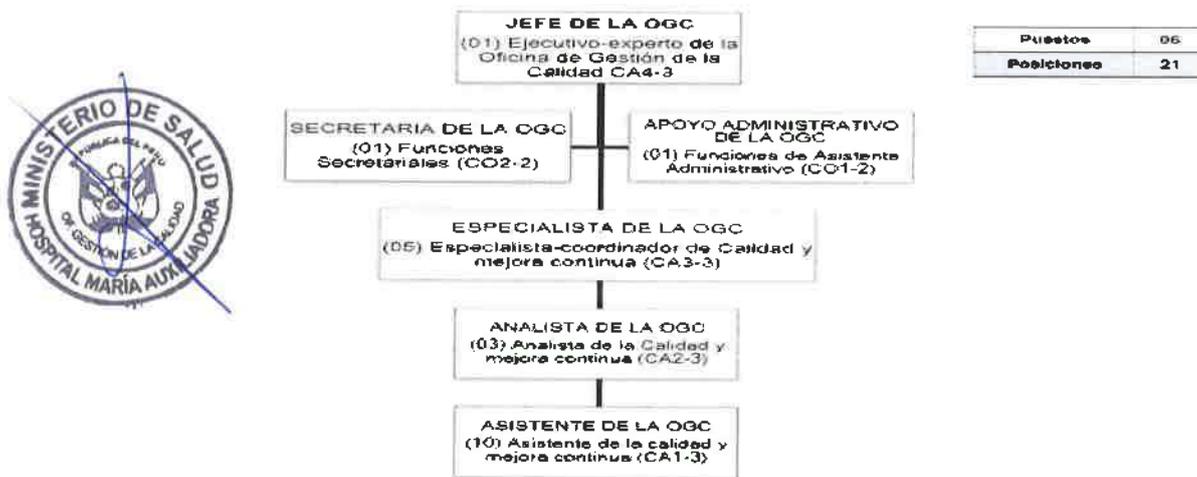
En la práctica esta cantidad de personal es insuficiente para cubrir las actividades de la Oficina, considerando que somos un hospital con Nivel de complejidad III-1. A su vez, existe un continuo aumento de la demanda y actividades. En la tabla 5 se describe nuestro personal actual. Posteriormente, se detalla nuestra propuesta de dotación de personal.

Tabla 5. Recurso humano OGC. Hospital María Auxiliadora 2024.

Línea de acción	Cargo	RRHH actual	Condición laboral
Todas, con énfasis en mejora continua	Jefe de la OGC	01	CAS
	Coordinador médico	01	Tercero
	Secretaría	01	Tercero
Mejora continua, Auditoría, autoevaluación, atención de reclamos y denuncias	Medico	03	Cas y nombrado
Seguridad del Paciente	Profesional de salud	01	Nombrado
Mecanismos para la atención de sugerencias, consultas, reclamos y felicitaciones de los usuarios externos, buen trato y satisfacción del usuario externo	Profesional de salud	01	Destaque
Buen trato y satisfacción del usuario externo	Orientadores	09	Terceros
	Técnico administrativo	01	Nombrado
<b>TOTAL</b>		<b>18</b>	

Fuente: OGC- HMA.

Propuesta dotación personal OGC. Hospital María Auxiliadora 2024.





## 6.6. ESTADO DE LAS LINEAS DE ACCIÓN

### 6.6.1. Autoevaluación:

El proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios médicos de Apoyo, establecido en la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 fue instaurado como uno de los pilares de la mejora continua de la calidad de la atención. En el contexto actual comprende dos fases: autoevaluación y evaluación externa.

La autoevaluación se desarrolla verificando el desempeño de las instituciones prestadoras de salud en contraste con el Listado de Estándares de Acreditación.

El equipo de autoevaluadores y acreditadores es actualizado anualmente. Habiéndose capacitado a los equipos autoevaluadores, y sensibilizado a los Departamentos, Oficinas y Servicios sobre este proceso, en el año 2023 obtuvimos un porcentaje cumplimiento del 74%. No obstante, aún tenemos un amplio margen para mejorar.

La autoevaluación es parte de los compromisos de mejora institucionales para la entrega de bonos a los trabajadores.

Actualmente el equipo de acreditación institucional ha sido actualizado con Resolución Directoral N.° 092-2024-HMA-DG de fecha 05 de marzo de 2024, el equipo de autoevaluadores internos ha sido reconstituido con Resolución Directoral N.° 124-2024-HMA-DG de fecha 23 de abril del 2024, y el plan de autoevaluación 2024 se encuentra aprobado con Resolución Directoral N.° 135-2024-HMA-DG de fecha 03 de mayo del 2024.

Para el año 2024 tenemos la meta de llegar al 85% en resultado final de autoevaluación.

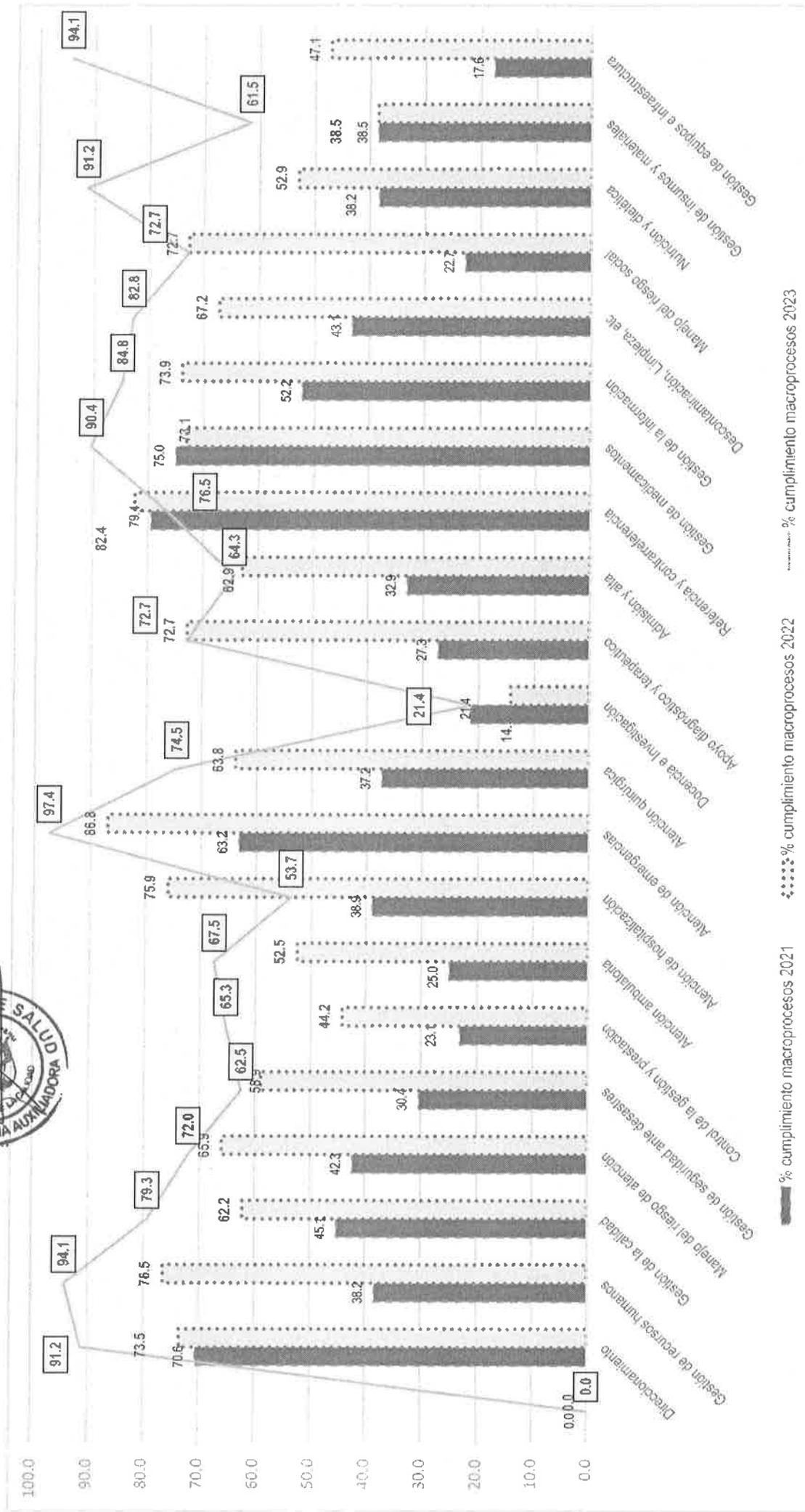
**Tabla 6. Histórico de resultados de autoevaluación 2019 - 2023**

	2019	2021	2022	2023
<b>Cumplimiento global</b>	59%	42%	63%	74%
*Se debe obtener un resultado mayor o igual al 85% para lograr la acreditación				





centro de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Niños  
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia y de la conmemoración de las heroicas batallas Junín y Ayacucho"



Grafica 1. Histórico del Cumplimiento de los macroprocesos Autoevaluación 2021 - 2023. Hospital María Auxiliadora. Fuente: OGC- HMA.



### 6.6.2. Mejora continua

La mejora Continua de la Calidad implica el desarrollo gradual de procesos que garanticen una calidad permanente con la ayuda de instrumentos y herramientas de gestión y un equipo técnico preparado, para alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a construir una organización de excelencia.

El equipo de trabajo fue aprobado con Resolución Directoral N° 375-2021-HMA-DG de fecha 03 de setiembre del 2021, con el fin de potenciar la elaboración de proyectos de mejora.

Los equipos de trabajo para la mejora continua utilizarán como insumos para identificar las potenciales oportunidades de mejora a los resultados de: estudios de satisfacción del usuario externo, las auditorias de la calidad de la atención en salud, las rondas de seguridad del paciente, la autoevaluación y las reclamaciones en salud.

Es necesario recalcar que durante el mes de septiembre se realizan actividades por la semana de la calidad en salud, y en el mes de octubre se realizan actividades por el aniversario de la Plataforma de atención al usuario en salud. Estas actividades son de cumplimiento obligatorio y participan los Departamentos, Servicios y oficinas del Hospital (capacitaciones, presentaciones, reconocimientos, etc)

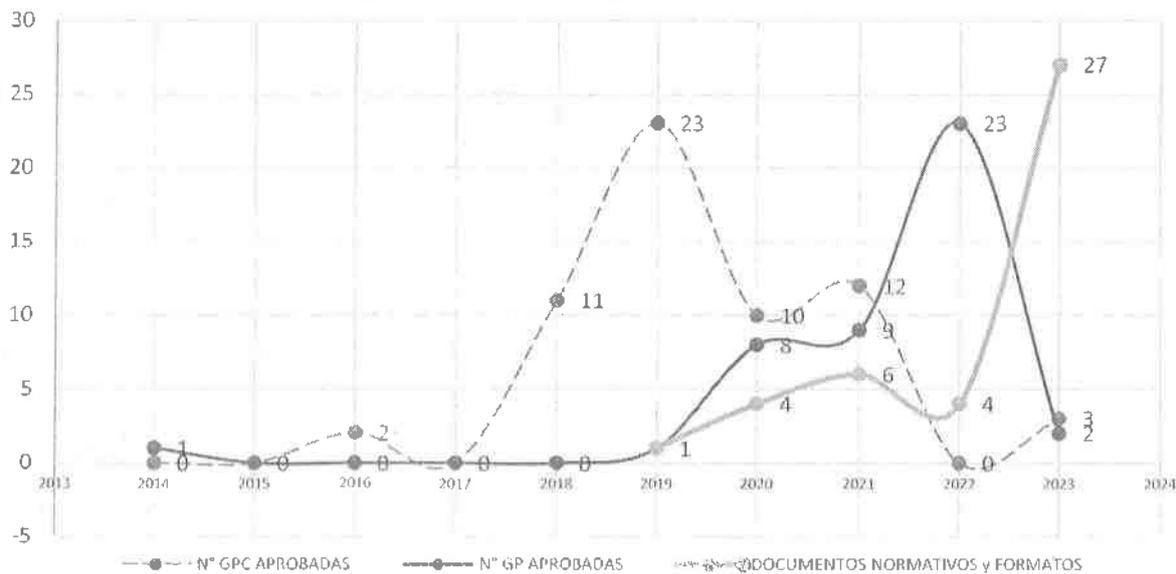
Dentro de esta línea de acción también se desarrollan las asistencias técnicas en la actualización, revisión y aprobación de los documentos normativos institucionales como las Guías de Práctica Clínica (GPC) y Guía de Procedimientos asistenciales (GPA), directivas, manuales de procedimientos, flujogramas, así como otros instrumentos de gestión.

En fecha 11 de julio del 2021 se actualizan las Nomas para la elaboración de documentos normativos del MINSA con Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA. Desde la actualización, se viene trabajando con los Departamentos y Servicios en la metodología para la presentación de los expedientes.

En el año 2023 se aprobaron 03 guías de práctica clínica, 02 guías de procedimientos asistenciales, 20 formatos y 07 documentos normativos. Existe un aumento de la demanda por los Departamentos y servicios para la revisión de sus documentos normativos, lo cual ha generado una lista de espera.

Para el año 2024 se priorizarán los documentos normativos observados durante el proceso de autoevaluación y rondas de seguridad del paciente del año 2023.





Gráfica 2. Histórico de Guías de Práctica Clínica (GPC) y Guía de Procedimientos asistenciales (GPA) aprobadas del hospital María Auxiliadora. 2014-2024

**6.6.3. Auditoría de la Calidad**

La Auditoría de la Calidad de Atención en Salud implica realizar actividades de evaluación y seguimiento de procesos y procedimientos establecidos para la atención de salud, determina las vulnerabilidades, y está enfocada en la mejora continua.

Dentro de las funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad se encuentra el "planificar, coordinar, organizar y controlar las actividades de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud en los Departamentos/Servicios del HMA", siendo los encargados de desarrollar las auditorías el comité y los equipos de auditoría institucionales, como bien lo señala la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud".

El comité de auditoría en salud (CAS) y el comité de auditoría médica (CAM) del hospital maría auxiliadora se encuentran actualizados con Resolución Directoral N° 077-2023-HMA-DG, aprobada el 28 de febrero de 2023.

En el año 2023 los equipos de auditoría realizaron un total de 322 auditorías, 3 auditorías de caso 126 programadas 193 de registro.

Actualmente los equipos de auditoría se encuentran organizados y funcionan de manera autónoma en sus servicios, realizando auditorías concurrentes y de registro. Para este año se proyecta incrementar el número de auditorías de registro.



**Tabla 7. Historial de auditorías Hospital María Auxiliadora 2021 al 2023.**

Tipo	2021		2022		2023	
	n°	%	n°	%	n°	%
Caso	8	7.3	8	4.8	3	0.9
Programadas	57	51.8	94	56.6	126	39.1
Registro	45	40.9	64	38.6	193	60
total	110.0	100.0	166	100.0	322	100.0

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad.

**6.6.4. Seguridad del paciente**

La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. Implica efectuar una gestión adecuada de riesgos, dotarnos de la capacidad para conocer y analizar los posibles incidentes que se produzcan, aprender de ellos y aplicar soluciones que minimicen el riesgo de su ocurrencia posterior, así como buenas prácticas acordes con el conocimiento científico.

La línea de acción de seguridad del paciente abarca las actividades de: monitoreo de la aplicación de la lista de verificación de seguridad de la cirugía (LVSC), monitoreo del cumplimiento de los reportes mensuales y análisis causa raíz de eventos adversos, monitoreo del cumplimiento de las actividades de promoción de la higiene de manos y coordinar la ejecución de las rondas de seguridad del paciente.

- **Lista de verificación de seguridad de la cirugía (LVSC)**

Si bien la LVSC se aplica en todas las intervenciones quirúrgicas, en el último año se observa una disminución en el registro de las mismas, con un porcentaje de LVSC completas del 84% en el año 2021, 73% en el año 2022 y del 71% en el año 2023.

Durante el año 2023 se cumple con enviar los informes trimestrales de LVSC y la "Encuesta para evaluar la implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía" (LVSC) a la Dirección de Redes de Salud (DIRIS) - Lima Sur dentro de los plazos establecidos.

Para el año 2024 se tiene proyectado continuar trabajando en la mejora de resultados, especialmente en el acápite "firma del coordinador", y lograr un registro completo de las LVSC mayor al 90%.

**Tabla 8. Historial de lista de verificación de seguridad de la cirugía por cumplimiento de registro. Hospital María Auxiliadora 2022 al 2023**

LVSC	2022		2023	
	n°	%	n°	%
completo	5534	73%	6024	70%
incompleto	2027	27%	2472	29%
total	7561	100%	8583	100%

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad.



- **Eventos adversos**

En el Hospital María Auxiliadora se tiene como objetivo fortalecer la cultura de registro, notificación y reporte de los incidentes, eventos adversos y eventos centinelas a fin de identificarlos oportunamente para la reducción y mitigación de sus efectos durante el proceso de atención en salud.

En el año 2023 se observa un marcado incremento de los reportes de eventos adversos por los Departamentos y Servicios, en comparación a los años 2021 y 2022. La mayoría de eventos reportados corresponden a la categoría "EVENTOS ADVERSOS" (78%) e "INCIDENTES" (21%). Ver tabla 9.

Para el año 2024, se tiene proyectado continuar promoviendo el reporte de eventos adversos por los servicios, brindando la asistencia técnica para su correcta presentación, análisis causa-raíz, y seguimiento de los mismos.

**Tabla 9. Histórico de eventos adversos reportados. Hospital María Auxiliadora 2020 - 2023.**

TIPO	N° 2020	2020 (%)	N° 2021	2021 (%)	N° 2022	2022 (%)	N° 2023	2023 (%)
Incidente	45.0	78.9	143.0	70.8	9.0	17.0	80.0	21.6
Evento adverso	11.0	19.3	56.0	27.7	44.0	83.0	288.0	77.8
Centinela	1.0	1.8	3.0	1.5	0.0	0.0	2.0	0.5
	<b>57.0</b>	<b>100.0</b>	<b>202.0</b>	<b>100.0</b>	<b>53.0</b>	<b>100.0</b>	<b>370.0</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad.

- **Rondas de seguridad del paciente**

Las rondas de seguridad del paciente son una herramienta que permite evaluar la ejecución de las Buenas Prácticas de la Atención en Salud.

Desde el año 2020 las rondas de seguridad del paciente y la autoevaluación fueron incluidas como parte de los compromisos de mejora institucionales exigidos por el Ministerio de Salud para la entrega de bonos a los trabajadores.

Desde el año 2021 se vienen ejecutando 12 rondas anuales, así como la entrega de la información a la DIRIS Lima Sur dentro de los plazos establecidos.

Para el año 2024 tenemos la meta de continuar mejorando nuestros resultados, y priorizar las Áreas de Emergencias, Cuidados críticos y centro quirúrgico.

A la fecha se han ejecutado las primeras 5 rondas de seguridad del paciente del año 2024.





Tabla 10. Cumplimiento de buenas prácticas Rondas de seguridad del paciente 2020 - 2023. Hospital María Auxiliadora.

SERVICIO/UNIDAD	2021		2022				2023	
	Promedio de cumplimiento	Calificación	Promedio de cumplimiento		Calificación		Promedio de cumplimiento	Calificación
Centro Obstétrico	59%	malo	54%,	71%	malo	Regular	92%	Bueno
Diagnóstico por imágenes	50%	malo	52%,	69%	Malo	regular	82%	Bueno
Hospitalización Pediatría	71%	regular					70%	Regular
Farmacia	87%	Satisfactorio	60%		Malo		89%	Bueno
Hospitalización Medicina Interna	58%	malo	84%		satisfactorio			
Nutrición y Dietética	90%	Satisfactorio	75%,	68%	regular	regular	54%	malo
Oncología	76%	regular						
Central de Esterilización	92%	Satisfactorio	100%		satisfactorio			
Ginecología	54%	malo						
Cirugía Especialidades	60%	malo						
consulta externa urología	80%	Satisfactorio						
consulta externa endocrinología	70%	regular						
consulta externa gastroenterología			74%		regular			
Emergencia observación							85%	bueno
Consulta externa oftalmología							79%	regular
hemodiálisis							79%	regular
Cirugía General							84%	Bueno
Consulta Externa ginecología							76%	Regular
Hospitalización ginecología y obstetricia			62%		regular			
Rehabilitación			71%		regular			
Patología clínica							100%	Bueno
Hospitalización cardiología							70%	regular

Leyenda: bueno >80%, regular del 61-79%, malo <60%

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad.





**6.6.5. Buen trato y satisfacción del usuario externo**

El buen trato está enfocado en brindar los servicios de salud a los usuarios resguardando sus derechos en salud y a su vez, dar a conocer sus deberes durante todo el proceso de atención, fomentando el respeto mutuo.

En el año 2023 se ha renovado la infografía en la plataforma de atención a los usuarios en salud (PAUS).

Durante el año 2024 se realizarán nuevos requerimientos para ampliar la oferta de infografía (trípticos) a nuestros usuarios en salud. Del mismo modo, es necesario la adquisición de nuevos libros reclamaciones en salud y felicitaciones en salud.

- La satisfacción del Usuario Externo

La satisfacción del Usuario Externo se define como el grado de cumplimiento por parte de la organización de salud, respecto a las expectativas y percepciones del usuario en relación a los servicios que esta le ofrece.

Su medición permite identificar las principales causas del nivel de insatisfacción, para la implementación de acciones de mejora continua en los establecimientos de salud.

En el año 2023 se ha logrado disminuir el nivel de insatisfacción al 41% lo cual nos califica "en proceso" de acuerdo a la escala utilizada por el Ministerio de Salud, habiendo mejorado en un 9% en comparación al año 2021. Para el año 2024 el estudio de satisfacción se realizará durante el II Semestre.

**Tabla 11. Histórico de Satisfacción e insatisfacción del usuario externo 2019-2023. Hospital María Auxiliadora.**

SERVICIOS	satisfechos (+) 2019	satisfechos (+) 2021	satisfechos (+) 2022	Satisfechos 2023	insatisfechos (-) 2019	insatisfechos (-) 2021	insatisfechos (-) 2022	Insatisfechos 2023
Consultorios Externos	34.9%	42.2%	58%	60%	65.1%	57.76%	42%	40%
Hospitalización	57.4%	62.6%	67%	60%	42.6%	37.42%	33%	40%
Emergencia	46.7%	43.9%	49%	56%	53.3%	56.06%	51%	44%
<b>TOTAL</b>	<b>46.4%</b>	<b>49.56%</b>	<b>58%</b>	<b>59%</b>	<b>53.6%</b>	<b>50.41%</b>	<b>42%</b>	<b>41%</b>

Insatisfacción >60% por mejorar, insatisfacción entre 40 -60% en proceso, insatisfacción <40% aceptable. Fuente MINSA

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad.

- El tiempo de espera

El promedio del tiempo de espera para la atención en Consultorios externos del HMA en el año 2023 fue de 49 minutos incrementando en 16 minutos a comparación del año 2022 que fue de 33 minutos, el promedio del tiempo de atención en 2023 fue de 15 minutos y en el año 2022 fue de 22 minutos.

Para el año 2024 estas actividades han sido programadas para su ejecución en el II Semestre.



### 6.6.6. Mecanismos para la Atención de reclamos, denuncias y felicitaciones de los Usuarios Externo

La plataforma de atención al usuario en salud (PAUS) tiene como objetivo estandarizar y regular el proceso de atención de consultas y reclamos con un enfoque de trato personalizado al usuario. Nuestro personal realiza las actividades de orientación, la absolución de consultas y gestión de reclamos de los usuarios del Hospital María Auxiliadora.

El actual ambiente físico de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud del hospital María Auxiliadora, dispone de 8 m<sup>2</sup>, el cual es insuficiente e inadecuado para la atención de nuestros usuarios externos, urge su renovación:

- Los usuarios externos (sobre todo los que están en condición de vulnerabilidad) que acuden a la PAUS esperan su atención bajo las inclemencias del tiempo. No se cuenta con una sala de espera.
- El ambiente de la PAUS no cuenta con entradas accesible para silla de ruedas y no cuenta con sistema de ventilación.
- El Diseño de la infraestructura no considera la seguridad interna y externa ante violencia.
- El ambiente no brinda privacidad para la atención. Según Ley N°29414 Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarías de los Servicios de Salud en el numeral 15.3 refiere que *"toda persona tiene derecho a ser atendida con pleno respeto a su dignidad e intimidad sin discriminación por acción u omisión de ningún tipo"*.
- Espacio insuficiente para el personal (02) que actualmente trabaja dentro del ambiente.
- Espacio insuficiente para resguardar las pertenencias de los (09) orientadores que trabajan para la PAUS
- Espacio insuficiente para el resguardo del acervo documentario.
- Equipamiento y mobiliario obsoleto.

El proyecto de ampliación de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud (PAUS) se viene gestionando desde el año 2019, y se ha solicitado la aprobación presupuestal, el cual a la fecha no ha sido ejecutado. El proyecto es de conocimiento de la Dirección General y la DIRIS Lima Sur.

Cada vez hay mayores exigencias por la superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD, sin embargo, las exigencias no van de la mano con la asignación de recursos para su cumplimiento, denotando una descoordinación entre las entidades de la Autoridad Nacional en Salud. Nuevas actividades incluyen reportar los reclamos en tiempo real a la plataforma SETI RECLAMOS y elaboración de un informe por cada reclamo en salud recibido. A su vez, se requiere la entrega de las cartas de respuesta a los usuarios que no aceptan la entrega por correo electrónico, siendo necesario contar con un servicio de Courier.

Con las nuevas actividades, y el continuo aumento de reclamos en salud, se sobrepasa la capacidad de atención a los reclamos por la responsable de Libro de Reclamaciones en salud.

En el año 2023 se registraron 483 reclamos en salud, manteniéndose la tendencia al continuo aumento de los mismos (3 veces más que en el año 2021). El 45% estuvieron relacionados al acceso a los servicios de salud, seguido de los relacionados a la atención y recuperación en salud con un 35%. En menor porcentaje se presentaron reclamos relacionados a la protección de derechos y acceso a la información.





Tabla 12. Tipo de reclamos según Causa general. Hospital María Auxiliadora 2020 – 2023

TIPO DE RECLAMO	2020		2021		2022		2023	
	N°	%	N°	%	N°	%	n°	%
ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	67	43	83	52	182	44	217	45
ATENCIÓN Y RECUPERACIÓN DE LA SALUD	55	35	55	35	143	34	169	35
ACCESO A INFORMACIÓN	8	5	11	7	25	6	39	8
PROTECCIÓN DE DERECHOS	0	0	2	1	8	2	5	1
OTROS	26	17	8	5	60	14	53	11
<b>TOTAL</b>	<b>156</b>	<b>100</b>	<b>159</b>	<b>100</b>	<b>418</b>	<b>100</b>	<b>483</b>	<b>100</b>

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad.

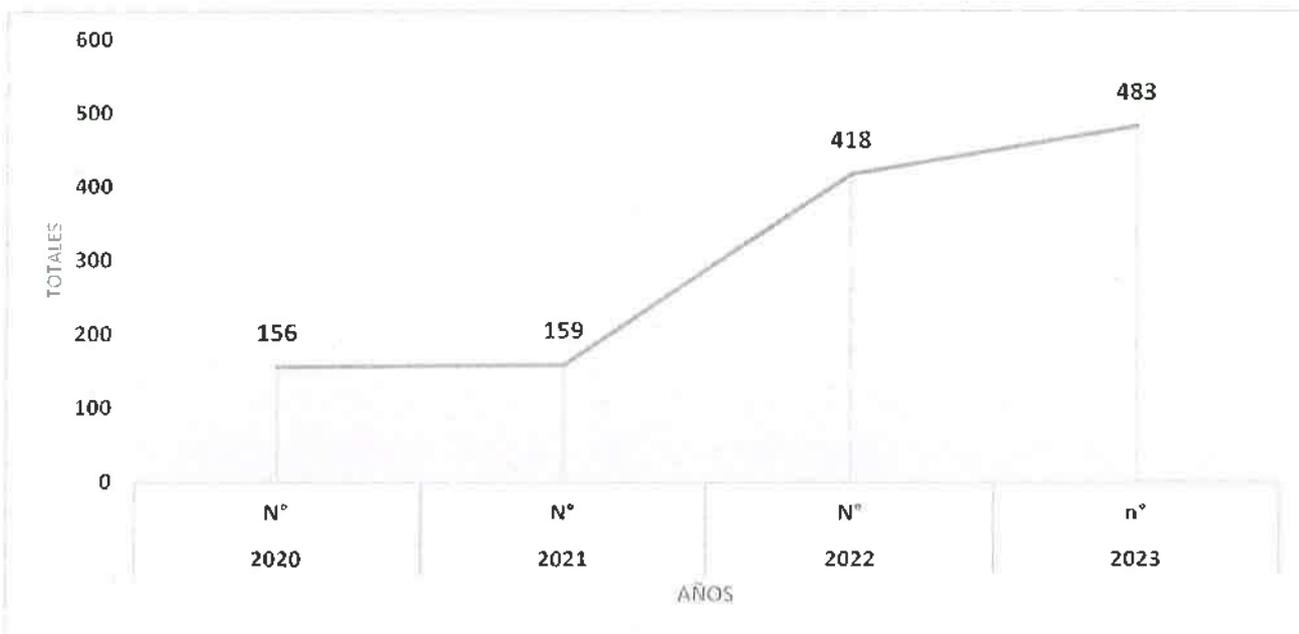


Gráfico 3. Históricos reclamos en salud Hospital María Auxiliadora 2020 – 2023

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad.





Adicionalmente, dentro de esta línea de acción se gestiona la atención de denuncias y solicitudes de información trasladadas por la Autoridad Nacional en salud.

En el transcurso del año 2023 se elaboraron y entregaron dentro de los plazos establecidos 89 descargos a denuncias notificadas por SUSALUD, 60 oficios con la información solicitada por el Ministerio de Salud y la DIRIS Lima Sur y 38 oficios con la información solicitada por otras entidades estatales como la Fiscalía de la Nación, Defensoría del Pueblo y el Seguro Integral de Salud.

Cabe mencionar que estas actividades demandan una gran inversión de tiempo operativo al equipo de trabajo y son de cumplimiento obligatorio dentro de los plazos legales establecidos. Caso contrario, la IPRESS queda expuesta a una posible amonestación escrita, sanción y/o multa por la Autoridad Nacional en Salud.

Se puede observar que los requerimientos de información y descargos por la Autoridad Nacional en Salud, sus dependencias y otros organismos nacionales, van en constante aumento, por ende, se debe considerar ampliar la capacidad de respuesta de la OGC con mayor recurso humano y módulos de trabajo para equiparar el aumento de demanda.

**Tabla 13. Histórico de Atención a denuncias y solicitudes de información notificadas por SUSALUD, MINSA, DIRIS Lima Sur, y otras instituciones estatales. Hospital María Auxiliadora 2019 – 2023**

TIPO DE DOCUMENTOS	2019		2020		2021		2022		2023	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
RESPUESTAS Y DESCARGOS A SUSALUD	36	59	32	36	45	29	69	43	89	48
RESPUESTAS Y DESCARGOS A MINSA Y DIRIS LIMA SUR	18	29.5	44	49.4	78	50.3	64	40	60	32
RESPUESTAS Y DESCARGOS A OTRAS ENTIDADES ESTATALES (FN, DP, SIS, ETC)	7	11.5	13	14.6	32	20.6	26	17	38	20
<b>TOTAL</b>	<b>61</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>155</b>	<b>100</b>	<b>159</b>	<b>100%</b>	<b>187</b>	<b>100</b>

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad.



**VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**



OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	MESES						RESPONSABLE	META ANUAL	
			II	III	IV	V	VI	VII			
			En. 25								
<b>Planificar la gestión de la calidad en el Hospital María Auxiliadora</b>  <b>Fomentar acciones y proyectos de Mejora Continua de la Calidad en las Unidades Orgánicas del Hospital María Auxiliadora</b>	1. Elaboración y aprobación con RD del Plan Anual de Gestión de la Calidad 2024	Resolución Directoral								OGC/DG	1
	2. Difusión el Plan a todas las Unidades Orgánicas del HMA.	Memo circular-Correo electrónico		X						OGC/DG	1
	3. Evaluación del avance de la ejecución del Plan de Gestión de la Calidad 2024	Informe / Nota Informativa de corte administrativo	X							OGC	2
	4. gestión de programa por la semana de calidad en salud y plataforma de atención al usuario				X					OGC	1
	5. Actualización los documentos normativos de la Oficina de Gestión de la Calidad	Resolución Directoral		X	X	X				OGC	6
	6. participación en capacitaciones en herramientas, metodologías y procesos de mejora para el personal OGC.	memo/ lista de asistencia				X	X	X	X	OGC	2
	7. actualizar la conformación de equipo de mejora continua de la calidad del HMA	memos/memos circulares/Resolución Directoral				X				OGC/DG/JEFATURAS DE DPTOS Y SERVICIOS	1
	8. Asistencia para la identificación y elaboración de Proyectos de Mejora Continua, en base a resultados de Auditorías, SERVQUAL, Tiempo de espera, eventos adversos, reclamos.	Actas de reunión, listas de asistencia, circular, proyecto					X			OGC/DG	2
	9. Apoyo en la actualización, Revisión y Aprobación de Guías de Práctica Clínica, guía de procedimientos (GP) a demanda	memo/informe/oficio/correo		X	X	X	X	X	X	OGC/DG	6
	10. Asistencia en la elaboración y actualización de Directivas, manuales, flujogramas y otros instrumentos de gestión del HMA a demanda	memo/informe/oficio/correo		X	X	X	X	X	X	OGC/DG	6
<b>TOTAL</b>											<b>28</b>



OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	LINEA DE ACCIÓN: AUTOEVALUACIÓN 2024												META				
			MESES																
			ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC		ENE-25			
Actualizar equipos de autoevaluación del HMA	1. Actualización del equipo de Acreditación del Hospital María Auxiliadora 2024.	Resolución Directoral		x														DG	1
	2. Actualización del equipo de Evaluadores Internos del Hospital María Auxiliadora 2024.	Resolución Directoral			x													DG	1
	3. Elección del Coordinador del equipo de Autoevaluación	Acta			x													Equipo de Autoevaluación del HMA/DG	1
Socialización del proceso de autoevaluación.	4. Elaboración y aprobación con RD del Plan Anual de Autoevaluación 2024.	Resolución Directoral			x													Equipo de Autoevaluación /OGC	1
	5. Difusión del proceso de listado de estándares de Autoevaluación en los servicios del HMA	Memo Circular/correos electrónicos, Página Web, Redes Sociales				x												Equipo de Autoevaluación del HMA/DG	1
	6. Comunicación a la DIRIS LS de inicio de Autoevaluación	Oficio																DG/Equipo de Autoevaluación del HMA/OGC	1
Ejecutar el Proceso de Autoevaluación del HMA	7. Difusión del Inicio del Proceso de Autoevaluación en servicios y departamentos.	Memo Circular/correos electrónicos, Página Web, Redes Sociales																Equipo de Autoevaluación del HMA/OGC	1
	8. Realizar Autoevaluación en el HMA.	Memo Circular/correos electrónicos, Página Web, Redes Sociales																Equipo de Autoevaluación del HMA/OGC	1
	9. Analisis de resultados, elaboración y presentación informe preliminar a los equipos autoevaluadores internos	Informe Técnico																Equipo de Autoevaluación del HMA/OGC	1
TOTAL	10. Elaboración de Informe Técnico 2024	Informe																Equipo de Autoevaluación del HMA/OGC	1
	11. Seguimiento e Implementación de Recomendaciones producto de la Autoevaluación	Informe																Equipo de Autoevaluación del HMA/OGC	1
																			11







LINEA DE ACCIÓN: BUEN TRATO Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO 2024																			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	MESES												META ANUAL				
			ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC		ENE			
1. Difundir los Deberes y Derechos de los Usuarios de Servicios de Salud entre los colaboradores del HIMA y usuarios de los servicios.	1.1 gestionar la actualización de la infografía de trípticos de Derechos y Deberes de los Usuarios en salud y material informativo	nota informativa/TDR						x											2
	1.2 gestionar Sesiones presencial /virtual al personal en materia de derechos y deberes de los usuarios y otros pertinentes	lista de asistencia											x						1
	2.1 Coordinar acciones para la Conmemoración del día del Buen Trato	reporte								x									1
	2.2. Solicitar al área de personal gestione las capacitaciones orientadas al buen trato del paciente, y atención inclusiva con entidades especializadas.	memo									x								1
2. Promover una cultura de respeto a los derechos del usuario entre los colaboradores de las áreas de atención asistencial/administrativa del Hospital María Auxiliadora.	2.3 gestionar la entrega a los trabajadores de las felicitaciones en salud recibidas.																		2
	2.4. Difundir informe de análisis de reclamos relacionados al trato, vulneración de derechos e insatisfacción del usuario, así como del libro de felicitaciones, para la mejora de los procesos de atención.	Informe, circular, exposición																	4
	3.1. Plan y Ejecución de estudio de Satisfacción del Usuario Externo SERVQUAL.	plan / Informe																	2
	3.2. Plan y Ejecución para medición del TIEMPO DE ESPERA	plan / Informe																	2
TOTAL																			15



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital María Auxiliadora

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia y de la conmemoración de las heroicas batallas Junín y Ayacucho"

**LÍNEA DE ACCIÓN: MECANISMOS PARA LA ATENCIÓN DE CONSULTAS, RECLAMOS Y DENUNCIAS DE LOS USUARIOS EXTERNOS 2024**

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	MESES												RESPONSABLE	META ANUAL				
			ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC						
1. Gestionar mejoras para el funcionamiento de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud del HMA	1.1. Renovación del requerimiento de adecuación y ampliación de la PAUS	memos/ nota informativa		x													OGC/DG	1		
	1.2. Capacitación al personal PAUS en Atención de Consultas, Reclamos y felicitaciones de la Usuarios Externos, y otros relacionados con la atención	LISTA DE ASISTENCIA /INFORME					x						x				OGC/capacitación de personal	2		
2. Gestionar la atención de los reclamos y felicitaciones interpuestos por el usuario externo	2.1. elaboración de informes trimestrales en gestión de reclamos y socialización	ACTA/MEMO		x															4	
	2.2. Reuniones de retroalimentación con el personal PAUS para trabajar soluciones a los reclamos																			6
	2.3. Aplicación y análisis de autodiagnóstico anual PAUS																			1
3. Brindar atención a denuncias y solicitudes de información trasladadas por la Autoridad Nacional en salud.	2.4. Elaboración de reportes mensuales para la plataforma SETI reclamos	REPORTE/Declaración jurada	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	OGC/IOEI	12		
	3.1. Elaboración de respuestas y descargos a SUSALUD a demanda	oficio/informe	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	OGC	100.00 %		
	3.2. Elaboración de respuestas y descargos a MINSA/DIRIS a demanda	oficio/informe	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	OGC	100.00 %		
	3.3. Elaboración de respuestas y descargos a otros organismos nacionales (Fiscalía, Defensoría, otros) a demanda	oficio/informe	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	OGC	100.00 %		
<b>TOTAL</b>			<b>9</b>																	



### VIII.PRESUPUESTO

Según la Oficina de Planeamiento Estratégico institucional para el año 2024, la Oficina de Gestión de la calidad se encuentra dentro de la Partida presupuestal 0124

- **Infraestructura. (ver detalle de sustento en 6.2, 6.6.5, 6.6.6)**

#### Costo aproximado para la ampliación y adecuación del espacio físico de la PAUS

Espacio	CANTIDAD m2	COSTO APROXIMADO m2	COSTO TOTAL APROXIMADO (soles)
Espacio físico actual, con necesidad de ser adecuado	8	2500	20,000
Espacio aproximado a ser ampliado	15	2500	37,500
<b>TOTAL</b>			<b>57,500</b>

- **Equipamiento. (ver detalle de sustento en 6.3, 6.5 y 6.6.6)**

#### costo aproximado para el equipamiento de la Oficina de gestión de la calidad y espacio físico de la PAUS ampliado

TIPO	CANTIDAD REQUERIDA OGC	CANTIDAD REQUERIDA PAUS	TOTAL CANTIDAD REQUERIDA	PRESUPUESTO ESTIMADO UNIDAD	COSTO TOTAL APROXIMADO (soles)
COMPUTADORAS (CPU)	01	02	03	2800	8400
MONITORES DE COMPUTO	01	02	03	800	2400
IMPRESORA MULTIFUNCIONAL		01	01	2500	2500
ESTABILIZADORES DE VOLTAJE ELECTRICIDAD PARA EQUIPO DE COMPUTO	05	02	07	300	2100
LAPTOP	01	-	01	3500	3500
smartphone		01	01	500	500
MOUSE	04	02	06	40	240
TECLADO DE COMPUTO	03	02	05	50	250
AIRE ACONDICIONADO	-	01	01	2000	2000
<b>TOTAL</b>					<b>21890</b>



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital María Auxiliadora

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia y de la conmemoración de las heroicas batallas Junín y Ayacucho"

• **Mobiliario (ver detalle de sustento en 6.4, 6.5 y 6.6.6)**

TIPO	CANTIDAD REQUERIDA OGC	CANTIDAD REQUERIDA PAUS	PRESUPUESTO ESTIMADO UNIDAD	COSTO TOTAL APROXIMADO (SOLES)
MODULO DE TRABAJO DE MELAMINE PARA 01 PERSONA	05		400	2000
ARMARIO LIBRERO ARCHIVADOR DE MELAMINE	01	01	700	1400
Estante de piso	01	01	500	1000
SILLAS ERGONOMICAS PARA OFICINA	10	02	500	6000
<b>TOTAL</b>				<b>10400</b>

• **Materiales y servicios para la atención, difusión, presentación (ver detalle sustento en 6.6.2, 6.6.5 y 6.6.6)**

TIPO	CANTIDAD REQUERIDA OGC	CANTIDAD REQUERIDA PAUS	PRESUPUESTO ESTIMADO UNIDAD	COSTO TOTAL APROXIMADO (SOLES)
TRIPTICOS INFORMATIVOS		2000	1	2000
Afiches y gigantografías	02	02	200	800
Libro de reclamaciones en salud		07	200	1400
libro de felicitaciones en salud		02	200	400
Coffee break	50	50	12	1200
entrega de cartas (courier)		30	20	600
<b>TOTAL</b>				<b>6400</b>

**Monto Total infraestructura, equipamiento, mobiliario, materiales y servicios para la atención y difusión de la Oficina de Gestión de la Calidad: S/. 96,190.**