



## RESOLUCION DIRECTORAL

Comas, 20 FEB 2025

**VISTO:** El Expediente N°000865-2025, que contiene la Nota Informativa N°013-OGC-HNSEB-2025 de la Oficina de Gestión de la Calidad, respecto a la aprobación del Plan Anual de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Sergio E. Bernales - 2025; y,

### CONSIDERANDO:

Que, la Ley N°29842 Ley General de Salud, establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público y por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, siendo de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea y responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad, con arreglo a principios de equidad.

Que, el inciso b) del Artículo 37° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado por el Decreto Supremo N°013-2006-SA, dispone que el Director Médico de los Establecimientos de Salud debe asegurar la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual tiene como objetivo establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N°596-2007/MINSA se aprobó el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud, cuya finalidad es contribuir a la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y sus actividades dirigidas a la mejora continua de los procesos;

Que, mediante Resolución Ministerial N°090-2022/MINSA se aprobó 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" que tiene como finalidad contribuir al logro de los objetivos institucionales y sectoriales mediante estandarización de Planes Específicos en el Ministerio de Salud (MINSA), que se orienten a lograr la operatividad de las intervenciones sanitarias y administrativas relevantes;

Que, el numeral 5.2 de la Directiva Administrativa acotada, señala que "Los planes específicos, son instrumentos de gestión de corto y mediano plazo orientados a operativizar intervenciones sanitarias prioritizadas y administrativas de forma específica. Se formula y ejecuta de manera articulada al Plan Estratégico Institucional y al Plan Operativo Institucional"; asimismo, el numeral 5.6 precisa que "Todos los Planes Específicos deben tener la opinión previa favorable de al OGPPM, a través de la Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos o la que haga sus veces antes de ser aprobados. En el caso que los mismos involucren la afectación de recursos de la entidad, deberán contar también con la opinión favorable de la Oficina de Presupuesto o la que haga sus veces";

Que, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, mediante el documento del Visto, remite a la Dirección General, el Plan Anual de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Sergio E Bernales - 2025 para su aprobación, mediante acto resolutivo;



Que, con la Nota Informativa N°015-2025-OEPE-HNSEB del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, manifiesta que con el Informe N°001-2025-EP/OEPE-HNSEB del Jefe del Equipo de Trabajo de Planificación, emite opinión favorable con respecto a la estructura del proyecto del Plan Anual de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Sergio E Bernales – 2025 establecido en las normas para la elaboración de documentos normativos del MINSA, y con el Informe Técnico N°001-2025-EQ.P-OEPE-HNSEB el Jefe del Equipo de Trabajo de Presupuesto y Costos señala que el mencionado proyecto está articulado a la Actividad Presupuestal 5000003 Gestión Administrativa y en la Genérica de Gasto 2.3. Bienes y Servicios, recomendando seguir con los trámites correspondientes para su aprobación;

Que, el Plan Anual de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Sergio E Bernales – 2025, tiene como finalidad contribuir a fortalecer los procesos de atención de los servicios, incorporando acciones de mejora continua de la calidad de atención en función a las oportunidades de mejora identificada que permitan contribuir en la satisfacción del usuario del Hospital Nacional Sergio E. Bernales;

Que, la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, con el Informe Legal N°019-2025-J-OAJ-HNSEB, emite opinión favorable para la aprobación del Plan Anual de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Sergio E Bernales – 2025, mediante resolución directoral;

Que, a mérito de los fundamentos expuestos en los considerandos anteriores, resulta pertinente emitir el acto resolutorio que apruebe el Plan Anual de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Sergio E Bernales - 2025;

En uso de las facultades conferidas en el Artículo 11° Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Sergio E. Bernales", aprobado mediante Resolución Ministerial N°795-2003-SA/DM, modificado por R.M. N°512-2004-MINSA, R.M. N°343-2007-MINSA y R.M. N°142-2008; y con las visaciones del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica;

## SE RESUELVE:

**Artículo 1°.- Aprobar el PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES – 2025**, que en anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

**Artículo 2°.- Encargar a la Oficina de Gestión de la Calidad la ejecución y seguimiento del Plan Anual de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Sergio E. Bernales – 2025**, aprobado en el Artículo 1° de la presente resolución.

**Artículo 3°.- Disponer, a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.**

**Regístrese, Comuníquese y Publíquese,**

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES  
DR. CESAR AUGUSTO BALTAZAR MATEO  
DIRECTOR GENERAL  
CMP. 019608 RNE. 014010

CABM/JLCHD/LMGD/mse

### DISTRIBUCIÓN:

- Dirección General
- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Gestión de la Calidad
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Oficina de Comunicaciones
- Archivo



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Viceministerio  
de Prestaciones y  
Aseguramiento en Salud

Hospital Nacional  
Sergio E. Bernales

Oficina de Gestión de la  
Calidad



# Documento Técnico: PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES

## AÑO 2025

### OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Viceministerio  
de Prestaciones y  
Aseguramiento en Salud

Hospital Nacional  
Sergio E. Bernales

Oficina de Gestión de la  
Calidad

**Dr. Cesar a. Baltazar Mateo**

Director General del Hospital Nacional Sergio E. Bernales

**Dr. José A. Carrión Román**

Jefe de la Oficina de Gestión de La Calidad

**EQUIPO TECNICO DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD**

**Lic. Verónica Judith Carbajal Gómez**

Seguridad del Paciente / Plataforma de Atención al Usuario

**Sra. Marisol Melgar Galiano.**

Secretaria

**Locadores**

Q.F. José Guerrero Flores

Lic. Ted Sánchez Sánchez

Tec. Lab. Angie Rojas Morón

Srta. Melani Manchaco Coronel





### INDICE

## Documento Técnico: **PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES - 2025**

- I. INTRODUCCION.....4**
- II. FINALIDAD.....5**
- III. OBJETIVOS.....5**
  - III.1 Objetivo General.....5
  - III.2 Objetivos Específicos.....5
- IV. AMBITO DE APLICACIÓN.....6**
- V. BASE LEGAL.....6**
- VI. CONTENIDO.....8**
  - VI.1 ASPECTOS TECNICOS CONCEPTUALES.....8
  - VI.2 ANALISIS DE LA SITUACION ACTUAL DEL ASPECTO ADMINISTRATIVO.....9
    - VI.2.1 Antecedentes.....9
    - VI.2.2 Capacidad operativa.....13
    - VI.2.3 Problema (Magnitud y Caracterización) .....13
    - VI.2.4 Causas del Problema.....14
    - VI.2.4 Población o entidades objetivo.....15
    - VI.2.5 Alternativas de solución .....15
  - VI.3 ARTICULACION ESTRATEGICA AL PEI DEL MINISTERIO DE SALUD.....16
  - VI.4 ACTIVIDADES POR OBJETIVOS.....16
    - VI.4.1 Descripción Operativa: Unidad de medida, Metas y responsables.....16
    - VI.4.2 Costeo de las Actividades.....17
    - VI.4.3 Cronograma de Actividades.....17
    - VI.4.4 Responsable para el desarrollo de actividades.....17
  - VI.5 PRESUPUESTO.....17
  - VI.6 FINANCIAMIENTO .....19
  - VI.7 ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISION Y EVALUACION DEL PLAN .....19
- RESPONSABILIDADES.....20**
- VII. ANEXOS.....20**
  - ANEXO N° 1 Matriz de Programación de Actividades .....21-22
- VIII. BIBLIOGRAFIA.....27**





## I. INTRODUCCION

La incorporación de la Calidad en la prestación de los servicios de salud es una prioridad en la gestión del Sector Salud, considerando que los usuarios de los servicios de salud demandan por una atención que les permita alcanzar una vida plena y digna. La calidad en salud debe ser concebida como una dimensión de la calidad de vida, por lo tanto, condición fundamental del desarrollo humano que debe ser promovida y protegida como obligación insoslayable del Estado.

El Ministerio de salud inicia el proceso de diseño e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud (SGCS) en el año 2001 con la aprobación del documento técnico Sistema de Gestión en salud que fue actualizado en el 2006. En el año 2007 se aprueba el Plan Nacional Concertado en Salud, el cual contempla al "Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad" como lineamiento de Política en Salud y se promulga la Ley del Marco de Aseguramiento Universal en salud que debe garantizar a la población la provisión de un conjunto de atenciones sobre las cuales se otorgan garantías explícitas de calidad y oportunidad, y en ese mismo año se promulga la ley N° 29414, que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, los que pueden ser considerados como atributos de la calidad.

En este contexto el Hospital Nacional Sergio E. Bernales (HNSEB) a través de la oficina de Calidad como órgano asesor encargado de implementar el SGCS en el Hospital, viene desarrollando de manera sistemática, la participación activa de los colaboradores de los diferentes departamentos y oficinas del HNSEB, realizando un conjunto de actividades que orienten y promuevan una mejora continua en la calidad de atención en salud, planificadas, en ejes de trabajo priorizados, como son la PAUS, Auditoria de la Calidad de Atención en Salud, la Autoevaluación, las rondas de Seguridad, la seguridad del paciente y Gestión de Riesgos, la información para la toma de decisiones y mejora de la Calidad de la atención como son el estudio de satisfacción al usuario externo, atención de reclamos a través del libro de reclamaciones, tiempo de espera e indicadores de calidad.

El Hospital Nacional Sergio E. Bernales (HNSEB) es un establecimiento desconcentrado del MINSA, nivel III-1 encargado de resolver los problemas de salud de la población de la zona norte de Lima y la de referencia nacional, brindando atención especializada e integral con calidad humana, eficiencia y eficacia, en respuesta a las necesidades de salud de los usuarios.

Desde el punto de vista sistémico, la Calidad es un componente de la gestión institucional e incluye los componentes de planificación, organización, garantía y mejora de la calidad en todos los procesos, con evidencias confiables de mejoras sustanciales en la atención, percibidos como satisfacción por nuestros usuarios. Es un valor en la Cultura Organizacional de nuestro Hospital.

Asimismo, la evaluación y mejora continua de los procesos debe generar una necesidad permanente de elevar los estándares de calidad de atención que se brinda a los usuarios de nuestra institución. Se trata de alcanzar un peldaño más en la gerencia Estratégica que tenga el usuario su referencia y en la mejora su paradigma logrando ser una organización de excelencia en la prestación de servicios de salud.





La Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, en el marco de lineamientos de salud, ha desarrollado un Plan de Gestión de la calidad para el año 2025, el cual tiene como objetivo principal Mejorar la calidad de la atención y la satisfacción de los usuarios, lo cual se pretende conseguir mediante el desarrollo de una asistencia eficiente y segura, basada en la mejor evidencia científica disponible. Para ello, los pilares en los que se basa el Plan son:

1. Seguridad del Paciente
2. Plataforma de Atención al Usuario
3. Acreditación
4. Auditoria Medica
5. Mejora Continua de la Calidad

## **II. FINALIDAD**

El plan de gestión de la calidad tiene como finalidad contribuir a fortalecer los procesos de atención de los servicios incorporando acciones de mejora continua de la calidad de atención en función a las oportunidades de mejora identificada que permitan contribuir en la satisfacción del usuario del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

## **III. OBJETIVOS**

### **III.1 OBJETIVO GENERAL**

Fortalecer la calidad de la atención de la salud para la satisfacción del usuario a fin de fortalecer el sistema en gestión de la calidad en el HNSEB.

### **III.2 OBJETIVO ESPECIFICO**

1. Formular e implementar el Plan de gestión de la calidad en salud del HNSEB
2. Mejorar la calidad de la atención de salud de manera sistemática y permanente.
3. Reducir la ocurrencia de eventos adversos durante el proceso de atención de salud y atenuar sus efectos.
4. Fortalecer la información para la calidad de atención en salud.
5. Fortalecer los mecanismos de escucha al usuario, así como brindar información y difusión sobre sus derechos y deberes.
6. Fortalecer el conocimiento y participación del usuario interno en la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.





#### **IV. AMBITO DE APLICACIÓN:**

El presente plan aplica para todos los departamentos, servicios asistenciales y oficinas administrativas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

#### **V. BASE LEGAL**

- Ley N° 26842 Ley General de Salud.
- Decreto Supremo N° 027-2015-SA, aprueba el reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006/SA, aprueba el reglamento de los establecimientos de salud y de los servicios médicos de Apoyo.
- Decreto Supremo N° 002-2019-SA, que aprueba el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -UGIPRESS, públicas, privadas y mixtas.
- Decreto Supremo N° 031-2014-SA, Aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD.
- Resolución Ministerial N° 519 – 2006/ MINSa, aprueba DT “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSa, aprueba la NT N° 050-MINSa/DGSP-V02: “Norma Técnica de salud para la acreditación de los establecimientos de salud y servicios médicos de Apoyo”.
- Resolución Ministerial N° 270 – 2009/ MINSa, aprueba GT “Guía Técnica del Evaluador para la acreditación de Establecimientos de Salud y servicios Médicos de Apoyo”.
- RM N°727-2009/MINSa se aprueba el Documento Técnico “Política Nacional de Calidad en Salud”
- Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSa, que aprueba la Guía Técnica de Implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía
- RM N° 308-2010-MINSa, que aprueba la Lista de Chequeo de Cirugía Segura.
- Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSa, que aprueba la 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° 302-2015/MINSA, aprueba la Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de las Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, aprueba el Documento Técnico: Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica.
- Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA, aprueba la Guía Técnica para la implementación de higiene de manos.
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA que aprueba la NT N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02. “Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud”.
- Resolución Jefatural N° 631-2016/IGSS que aprueba la Directiva Sanitaria N° 005 – IGSS/ v.01: Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas.
- Resolución Ministerial N° 896-2017/MINSA, crea, en la Secretaria General del Ministerio de Salud, la Unidad Funcional de Gestion de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, aprueba la Norma Técnica N° 139/MINSA/20218/DGAIN para la Gestion de la Historia Clínica.
- Resolución Ministerial N° 163-2020 MINSA, que aprueba la “Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud”
- Resolución de la Superintendencia de Salud N°030-2020.SUSALUD/Clasificación, lineamientos y aplicativo informático para la remisión de la información de reclamos de los usuarios.
- Resolución Ministerial N°163-2020/MINSA, que aprueba la “Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud”.
- Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, “Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud”.
- Resolución Ministerial N°090-2022-MINSA, Directiva Administrativa N°326-MINSA/OGPPM- 2022. Directiva Administrativa para la formulación, seguimiento y evaluación de los planes específicos en el Ministerio de Salud.
- Resolución Directoral N° 410-2023-SA-DG HNSEB, 30 diciembre 2023 que aprueba el Plan Operativo Institucional del HNSEB-2024





## VI. CONTENIDO

### 6.1 Aspectos Técnicos Conceptuales (Definiciones operativas)

- **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.
- **Sistema de Gestión de la Calidad:** es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud del sector y a sus dependencias públicas y privadas a nivel nacional, regional y local en lo relativo a la calidad de atención y de la gestión.
- **Calidad de Atención:** en la prestación de servicios de salud se define como la atención centrada en las personas, las familias y las comunidades, con niveles óptimos de seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia y acceso equitativo como atributos.
- **Proyecto de mejora:** definirlos como programas sistemáticos y estructurados que buscan incrementar la eficiencia, la calidad y el rendimiento en los procesos. También pueden orientarse a la mejora de productos o servicios de una organización, siempre de manera constante y progresiva.
- **Equipo de mejora:** consiste en un pequeño número de personas con habilidades complementarias que, están voluntariamente comprometidos con el propósito común de proponer mejoras en un proceso, utilizan métodos estructurados y parámetros de desempeño y son mutuamente responsables de su realización.
- **Acción de mejora:** acciones correctivas, preventivas o proyectos de mejora para eliminar las causas de No conformidades reales, potenciales o para fortalecer las áreas de oportunidad.
- **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 tiene como finalidad fundamental la búsqueda de mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud.
- **Autoevaluación:** es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente capacitados, hacen uso del Listado de estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.
- **Acreditación:** proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de





estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.

- **Cultura de Seguridad del Paciente:** es el patrón integrado de comportamiento individual y de organización basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencias de los procesos de atención en salud.
- **Seguridad del Paciente:** es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.
- **Satisfacción del usuario Externo:** grado de cumplimiento de parte de la organización de salud, respecto a las expectativas y percepciones del usuario en relación a los servicios que esta le ofrece.
- **SERVQUAL:** define la calidad de servicio como la brecha o diferencia (P menos E) entre las percepciones (p) y expectativas (e) de los usuarios externos. la herramienta servqual. es una herramienta desarrollada por A. Parasuraman y colaboradores, quienes sugieren que la comparación entre las expectativas generales de los usuarios (clientes, usuarios, pacientes, beneficiarios) y sus percepciones respecto al servicio que presta una organización, puede constituir una medida de calidad del servicio.
- **Plataforma de Atención al Usuario (PAUS):** la PAUS es el conjunto de acciones, actos y actividades destinadas a la atención y Gestión de consultas y reclamos presentados por los usuarios ante las IPRESS orientadas a la solución de insatisfacción respecto a los servicios, prestaciones o coberturas relacionadas con su atención en salud con la finalidad de promover la mejora continua de la calidad de los servicios de salud.

## 6. 2 Análisis de la Situación Actual del Aspecto Administrativo

### VI.2.1 Antecedentes

En el marco de la R M N° 519-2006/MINSA que aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, la Oficina de Gestión de la Calidad es el órgano asesor de la Dirección General y responsable de la implementación de los principios, normas, metodologías y procesos del sistema de Gestión de la Calidad en salud aprobada por el ente rector, a fin de impulsar la mejora continua de los servicios de salud.





De acuerdo a las evaluaciones realizadas en el año 2024 se detalla los resultados alcanzados;

➤ **Satisfacción del Usuario Externo- SERVQUAL**

**1. CONSULTA EXTERNA**

DEPARTAMENTOS/ SERVICIOS	SATISFACCIÓN %	INSATISFACCIÓN %
<b>CONSULTA EXTERNA</b>	<b>26.7%</b>	<b>73.30%</b>

*FUENTE OGC*

- El Departamento de Consulta Externa, obtiene el resultado del 73.30% de insatisfacción.
- Se puede observar que las preguntas de más insatisfacción fueron la (P8) la cual refiere ¿La atención para tomarse exámenes radiológicos fue rápida? con un 97.91% de insatisfacción.
- Se puede observar que las preguntas de más insatisfacción fueron la (P12) la cual refiere ¿El médico le brindó el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas? con un 97.65% de insatisfacción.
- Se puede observar que las preguntas de más insatisfacción fueron la (P5) la cual refiere ¿Usted encontró citas disponibles y las obtuvo con facilidad? con un 97.13% de insatisfacción.
- Se puede observar que las preguntas de más insatisfacción fueron la (P18) la cual refiere ¿El médico le ha explicado a usted o a sus familiares los procedimientos o análisis que le realizarán? con un 96.87% de insatisfacción.
- Se puede observar que las preguntas de más insatisfacción fueron la (P13) la cual refiere ¿El médico que le ha atendido le inspiró confianza? con un 96.87% de insatisfacción.
- Se puede observar que las preguntas de más insatisfacción fueron la (P22) la cual refiere ¿Consultorio y la Sala de Espera se encontraron limpios y fueron cómodos? con un 96.34% de insatisfacción.
- Se puede observar que las preguntas de más insatisfacción fueron la (P16) la cual refiere ¿El médico le ha explicado a usted o sus familiares su problema de salud o resultado de su atención? con un 96.34% de insatisfacción.





- Se puede observar que las preguntas de más insatisfacción fueron la (P15) la cual refiere ¿El médico que le atendió le ha mostrado interés en solucionar su problema de salud? con un 95.82% de insatisfacción.

## 2. EMERGENCIA

DEPARTAMENTOS/ SERVICIOS	SATISFACCIÓN %	INSATISFACCIÓN %
EMERGENCIA	20.05%	79.95%

FUENTE OGC

- El Departamento de Emergencia, obtiene el resultado del 79.95% de insatisfacción.
- Se puede observar que las preguntas de más insatisfacción fueron la (P1) la cual refiere ¿Usted o su familiar fueron atendidos inmediatamente a su llegada a emergencia, sin importar su condición socioeconómica? Con un 84.56% de insatisfacción.
- Se puede observar que las preguntas de más insatisfacción fueron la (P6) la cual refiere ¿La atención en caja o módulo de admisión fue rápida? Con un 79.24% de insatisfacción.
- Se puede observar que las preguntas de más insatisfacción fueron la (P5) la cual refiere ¿El problema de salud por el cual usted fue atendido se ha resuelto o mejorado? Con un 80% de insatisfacción.
- Se puede observar que las preguntas de más insatisfacción fueron la (P18) la cual refiere ¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindo sobre el tratamiento que recibió: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos? Con un 81.77% de insatisfacción.
- Se puede observar que las preguntas de más insatisfacción fueron la (P21) la cual refiere ¿La emergencia conto con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención? Con un 85.32% de insatisfacción.





### 3. HOSPITALIZACION

La Satisfacción del usuario Externo en Hospitalización según los resultados de la encuesta SERVQUAL, de los 05 servicios de hospitalización encuestados, 03 servicios (hospitalización de cirugía, ginecología y traumatología) obtienen resultados con más del 60% de insatisfacción, el servicio de hospitalización de medicina obtiene un 53.35% de insatisfacción y tan sólo 01 servicio, hospitalización de pediatría obtiene un resultado satisfactorio de 72%.

DEPARTAMENTOS/ SERVICIOS	SATISFACCIÓN %	INSATISFACCIÓN %
PEDIATRÍA	72	28
CIRUGIA GENERAL Y ESP.	37.9	62.1
GINECOLOGÍA	16.1	83.9
TRAUMATOLOGÍA	36.8	63.2
MEDICINA	46.65	53.35

FUENTE: OGC-HNSEB

#### ➤ Seguridad del Paciente,

Durante el III Trim. Del presente año se han presentado 564 eventos adversos que fueron notificados por el personal asistencial y la oficina de epidemiología de los cuales según su categoría se muestra a continuación:

CONSOLIDADO DE EVENTOS ADVERSOS SEGÚN CATEGORÍA- HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES AÑO 2024		
CATEGORÍA	III Trim.	%
Relacionado con los cuidados	55	10%
Relacionado con los procedimientos	306	54.00%
Relacionado con los medicamentos	158	28.00%
Relacionado a las IAAS	45	8.00%
TOTAL	564	100.00%





- ✓ En los eventos adversos relacionados a la categoría con los procedimientos, el que tiene mayor porcentaje es falta de insumos de laboratorio, y la falta de tomógrafo con 102 casos cada uno.
- ✓ En los eventos adversos relacionados a la categoría con la medicación, el que tiene mayor porcentaje es reacción medicamentosa con 158 casos.
- ✓ En los eventos adversos relacionados a la categoría con los cuidados, el que tiene mayor porcentaje es suspensión de intervención quirúrgica con 30 casos.
- ✓ En los eventos adversos relacionados a la categoría con las infecciones asociadas a la atención en salud, el que tiene mayor porcentaje es Infección de Herida operatoria con 25 casos.

#### ➤ Proceso de Autoevaluación Interna

- ✓ El proceso de autoevaluación interna se desarrolló durante III Trim. 2024, alcanzando un 68% de cumplimiento.
- ✓ Las Jefaturas de las Oficinas, Departamentos y Servicios:
  - Los jefes de los Departamentos y Oficinas deben difundir los resultados de la presente autoevaluación a todos sus trabajadores asignados a sus áreas.
  - Jefaturas de Departamentos y Servicios, hacer un seguimiento de cada uno de los procesos llevados a cabo en sus respectivas áreas, verificar que estas tengan resolución directoral y que sean cumplidos por el personal a su cargo.
  - Reunirse de forma periódica con personal a su cargo y exponer puntos débiles, problemas que se presentan para resolverlos, con sus respectivas actas y deben estar firmadas por los participantes.
  - A los Departamentos y Oficinas, se recomienda continuar con el mejoramiento del Proceso del Manejo del Riesgo de la Atención.
  - Durante el Proceso de Autoevaluación Interna deben designar a un personal para la entrega de la información respectiva correspondiente a su área.





- Se recomienda solicitar el seguimiento de los procesos llevados por cada Departamentos y Oficina, solicitando a cada uno de ellos los avances de sus áreas respectivas y enviarlos a la Dirección.
- El proceso de autoevaluación interna marca el rumbo estratégico de la institución, es un proceso permanente de mejora y es un recurso de innovación para la institución. Permite identificar fortalezas y debilidades, y otros aspectos para mejorar la calidad de los servicios en beneficio de los usuarios.

✓ Resultados de autoevaluación por categorías:

CATEGORIAS	2021		2022		2023		2024	
	PUNTAJE	%	PUNTAJE	%	PUNTAJE	%	PUNTAJE	%
GERENCIAL	171.69	77.12	177.39	79.68	177.39	79.68	181.93	81.71
PRESTACIONAL	165.87	65.19	159.69	62.76	159.69	62.76	174.33	68.51
APOYO	105.72	66.48	107.47	67.58	107.47	67.58	77.55	48.76
TOTAL	70%		70%		70%		68%	

✓ Resultado final de Autoevaluación Interna 2024





Establecimiento :	00007634-HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES												
Tipo de Establecimiento :	III-1												
Fase:	AutoEvaluación												
Año:	2024												
Periodo :	4												
	MACROPROCESO						CATEGORIAS						
	Nro total criterios					Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoria		
Macroprocetos	Criterios eval	E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%		
Direccionamiento	11	6	4	1	11	54.72	53.11	97.06	222.64	181.93	81.71		
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	41.04	24.14	58.82					
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	47.88	42.04	87.80					
Manejo del riesgo de atención	50	10	39	1	50	47.88	35.25	73.63					
Gestión de seguridad ante desastres	21	14	7	0	21	13.68	11.48	83.93					
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	34.20	29.60	86.54					
Atención ambulatoria	14	8	6	0	14	47.88	35.91	75.00	254.45	174.33	68.51		
Atención extramural	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00					
Atención de hospitalización	26	5	14	7	26	47.88	31.03	64.81					
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	47.88	47.88	100.00					
Atención quirúrgica	24	7	11	6	24	47.88	25.98	54.26					
Docencia e Investigación	15	9	6	0	15	34.20	13.84	40.48					
Apoyo diagnóstico y terapéutico	11	1	9	1	11	17.10	3.11	18.18	159.03	77.55	48.76		
Admisión y alta	16	3	7	6	16	17.10	15.88	92.86					
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	17.10	4.53	26.47					
Gestión de medicamentos	15	4	11	0	15	17.10	11.18	65.38					
Gestión de la información	14	6	7	1	14	17.10	10.04	58.70					
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	17	7	8	2	17	17.10	12.38	72.41					
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	17.10	9.33	54.55					
Nutrición y dietética	10	4	5	1	10	17.10	3.52	20.59					
Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	17.10	7.89	46.15					
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	17.10	5.53	32.35					
<b>Total</b>	<b>342</b>	<b>134</b>	<b>167</b>	<b>41</b>	<b>342</b>	<b>636.12</b>	<b>433.65</b>		<b>636.12</b>	<b>433.81</b>			
FUENTE: OF. GESTION DE LA CALIDAD - HNSEB										<b>Puntaje Final (%)</b>		<b>68</b>	



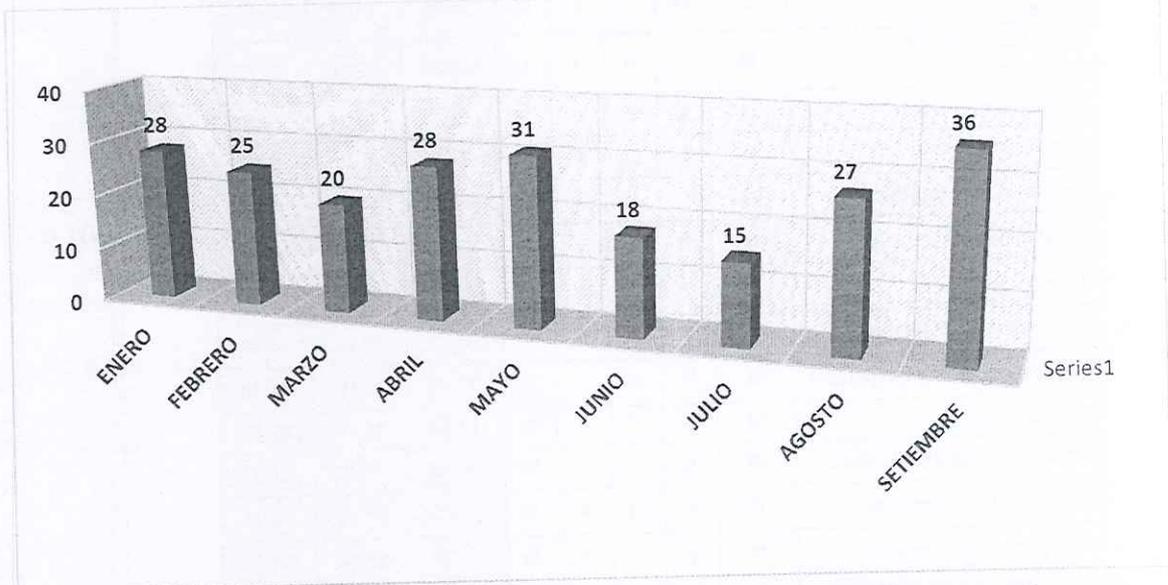


➤ **Reclamos en el Libro de Reclamaciones en Salud**

- ✓ De enero a setiembre de este año, se han registrado 228 reclamos en libro de reclamaciones, físico, virtual, teniendo 23 aun sin respuesta por parte de las jefaturas involucradas.
- ✓ Asimismo, hay casos que llegan directamente de SUSALUD, vía telefónica y correo electrónico para la intermediación en los mismos.

**GRAFICO N° 1**

**Numero de reclamos presentados en el Libro de Reclamaciones en Salud por meses de enero a setiembre en el HNSEB Año 2024**



En este gráfico se observa que de enero a setiembre del presente año se han registrado 228 reclamos en los libros de reclamaciones de en salud.





TABLA N° 1

**RESULTADOS DE ORIENTACIONES BRINDADAS A LOS USUARIOS – III TRIMESTRE 2024**

Mes	Julio	Agosto	Setiembre	TOTAL
Orientaciones PAUS	375	421	360	1156
Consulta externa	3565	3851	2400	9816
Admisión	5250	5450	2200	12900
Emergencia referencias	2900	3000	2600	8500
<b>TOTAL</b>	<b>12090</b>	<b>12722</b>	<b>7560</b>	<b>32722</b>

TABLA N° 2

**RESULTADOS DE SOLUCIONES INMEDIATAS ATENDIDAS – III TRIMESTRE 2024**

Mes	Julio	Agosto	Setiembre	TOTAL
Atenciones	280	320	290	890

Mediante el registro de Soluciones Inmediatas se brindó soluciones oportunas a las necesidades no satisfechas del usuario externo en los cuatro ejes: consultas, orientación, acompañamiento e información, de esta manera se brinda la atención con calidad y calidez, satisfaciendo sus necesidades al usuario externo y a la vez evitando que el reclamo sea registrado en el libro de reclamaciones.





### VI.2.2 Capacidad Operativa

#### ➤ Recursos Humanos:

En relación a los recursos humanos, la oficina de Gestión de la Calidad, del HNSEB, cuenta actualmente con 01 Jefe, 01 Secretaria y 01 Lic. Enfermería, 05 locadores (02 Profesionales y 03 técnicos) Servicios que realizan la función administrativa.

Los miembros de los Comités pertenecen a los departamentos y servicios de la institución y están sujetos a la disponibilidad de tiempo que les puedan brindar sus jefaturas dentro de su horario de trabajo.

- Comité de Gestión de Riesgos
- Comité de Auditoría en salud (CAM, CAS, Auditoría de Registro).
- Comité de Acreditación.
- Comité de Evaluadores Internos.
- Comité de Rondas de Seguridad
- Comité de Historia clínica
- Comité de Lista de verificación de Seguridad de la Cirugía
- Comité de prevención y Control de Infecciones Asociadas a la atención de Salud.
- Plataforma de Atención del Usuario (PAUS).

#### ➤ Infraestructura y Equipamiento:

En relación a la infraestructura y equipamiento, la OGC cuenta con una oficina acondicionada, sin embargo, se requiere otra área donde funcione la PAUS, para atención exclusiva del usuario, y se requiere ampliar la oficina y que se disponga de presupuesto para mantenimiento de infraestructura, mobiliario y equipos de cómputo.

### VI.2.3 Problema (Magnitud y caracterización)

#### Diagnostico Situacional - FODA - OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD





FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Oficina de Gestión de la Calidad considerada dentro a la estructura orgánica del HNSEB.</li> <li>2) Normatividad favorable para la implementación del sistema de gestión de la calidad.</li> <li>3) Disponibilidad y acceso a instrumentos de Gestión de la Calidad.</li> <li>4) Personal cuenta con la capacidad para resolver problemas, quejas y reclamos.</li> <li>5) La comunicación del personal es adecuada y prevalece el trabajo en equipo.</li> <li>6) OGC cuenta con posicionamiento y asesora a los procesos (técnicos-asistenciales) que se desarrollan dentro del Hospital.</li> <li>7) Procesos de mejora en marcha: sistema de atención al usuario externo implementado, seguridad del paciente, satisfacción del usuario y tiempos de espera.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Falta personal profesional asistencial.</li> <li>2) Infraestructura insuficiente e inadecuada para el desarrollo de las actividades.</li> <li>3) Falta de equipos de cómputo PC, para el medico auditor. Asimismo, los equipos de cómputos existentes deben ser renovados.</li> <li>4) Del total de miembros del equipo de la OGC el 50 % son locadores de Servicio administrativo.</li> <li>5) Poco presupuesto asignado para el cumplimiento de actividades y metas planteadas en el POA.</li> <li>6) Inadecuada percepción de las áreas asistenciales sobre las funciones que realiza la Plataforma de Atención al Usuario.</li> <li>7) Falta de compromiso y apoyo del personal que conforman los comités de la OGC.</li> </ol>
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Dirección General y equipo de gestión empoderados con la gestión de la calidad.</li> <li>2) Empoderamiento de la población usuaria a reclamar sus derechos.</li> <li>3) Identificación de la Calidad como una prioridad dentro del hospital</li> <li>4) MINSA-Viceministerio- Unidad Funcional de Calidad-Diris Lima Norte cuenta e implementa indicadores clave para el cumplimiento de metas institucionales (hospitales).</li> <li>5) Indicadores y Compromiso de Mejora Continua.</li> <li>6) Compromiso de la Dirección en Calidad-MINSA</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Indiferencia al cumplimiento de las normas de seguridad (lavado de manos).</li> <li>2. Percepción negativa de la población respecto al hospital.</li> <li>3. Limitada cultura y compromiso en los procesos de calidad por parte del personal de la institución.</li> <li>4. Actitudes y comportamientos negativos del usuario interno que brinda la atención en general.</li> <li>5. Los usuarios desconocen los procesos internos de la institución.</li> <li>6. Demora en la respuesta/descargos de los servicios a los reclamos presentados.</li> <li>7. Falta de reconocimiento al personal que labora en la Oficina de Gestion de la calidad</li> </ol>





#### **VI.2.4 Causas del problema**

Conocer las opiniones de los Usuarios externos, es muy importante, ya que con esto complementamos la situación real en la que se encuentra el hospital. Para lo cual se han realizado encuestas a los usuarios, de lo cual se ha logrado sistematizar lo más representativo desde su percepción, las cuales son las siguientes:

1. Inadecuada atención
2. Escasez de material, insumos y medicamentos
3. Información inapropiada
4. Carencia de equipos
5. Insuficiente Señalización
6. Maltrato al usuario, por parte del personal
7. Falta de citas
8. Falta de limpieza
9. Entre otros aspectos

#### **VI.2.5 Población o entidades objetivo**

El siguiente presente plan está dirigido para el personal asistencial y administrativo del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, a fin de fomentar el mejoramiento continuo de la calidad en nuestra institución.

#### **VI.2.6 Alternativas de solución**

Las actividades descritas e continuación, tienen como finalidad fortalecer una cultura de seguridad en el personal que labora en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

- ✓ Capacitaciones relacionadas a Buen Trato.
- ✓ Capacitaciones relacionadas a reporte y análisis de eventos adversos
- ✓ Capacitaciones relacionadas a los hallazgos encontrados en los reportes de auditorías.
- ✓ Asesoría en la formulación de proyectos de mejora continua.
- ✓ Monitoreo den las UPSS mediante las rondas de seguridad.
- ✓ Monitoreo en las UPSS con la finalidad de evaluar la técnica correcta de lavado de manos.





### 6.3 Articulación Estratégica con los objetivos y acciones del PEI y del Ministerio de Salud

#### Visión

Consolidarnos como Hospital de alta complejidad, brindando una atención inclusiva con calidad y calidez que genere reconocimiento y satisfacción en nuestros usuarios, con liderazgo técnico, científico en una adecuada infraestructura.

#### Misión

“Brindar y garantizar atención de salud integral especializada en forma oportuna y segura, logrando la satisfacción del usuario.”

POLITICA NACIONAL	OBJETIVO PEI-MINSA 2019-2026	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECIFICOS
<p><b>Sexta Política Nacional de Calidad en Salud (*)</b></p> <p><b>Séptima Política Nacional de Calidad en Salud (**)</b></p> <p><b>Octava Política Nacional de Calidad en Salud (***)</b></p>	<p><b>OEI 04</b></p> <p>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 gestión pública.</p>	<p>Fortalecer la calidad de la atención de la salud para la satisfacción del usuario a fin de fortalecer el sistema en gestión de la calidad en el HNSEB.</p>	<p><b>Objetivo N° 01:</b> Formular e implementar el Plan de gestión de la calidad en salud del HNSEB</p>
			<p><b>Objetivo N° 02:</b> Mejorar la calidad de la atención de salud de manera sistemática y permanente.</p>
			<p><b>Objetivo n° 03:</b> Reducir la ocurrencia de eventos adversos durante el proceso de atención de salud y atenuar sus efectos.</p>
			<p><b>Objetivo N° 04:</b> Fortalecer la información para la calidad de atención en salud.</p>
			<p><b>Objetivo N° 05:</b> Fortalecer los mecanismos de escucha al usuario, así</p>





			como brindar información y difusión sobre sus derechos y deberes.
			<b>Objetivo N° 06:</b> Fortalecer el conocimiento y participación del usuario interno en la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

**6.4 Actividades por Objetivos**

**VI.4.1 Descripción Operativa: Unidad de medida, metas y responsables**

Ver anexo N° 2

**VI.4.2 Costeo de las Actividades**

Las actividades descritas, no requiere presupuesto adicional.

**VI.4.3 Cronograma de Actividades**

Ver anexo N° 2

**VI.4.4 Responsable para el desarrollo de actividades**

Ver anexo N° 2





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital Nacional Sergio E. Bernales

Oficina de Gestión de la Calidad

### 6.5 Presupuesto

El presente plan, requiere de presupuesto para el cumplimiento de las metas programadas según detalle:

DEPENDENCIA: HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES LA CALIDAD		CENTRO DE COSTO: OFICINA DE GESTION DE				
OBJETIVO GENERAL DE LA ACTIVIDAD OPERATIVA:						
CAT_PRESP	META/S.F	ACT_PRESP	ACT_OPER	FUENTE FINANCIAMIENTO	CLASIFICADOR DE GASTO	TOTAL S/.
Acciones Centrales		5000003 Gestión Administrativa	Acciones para fortalecer la Seguridad de la atención en los servicios	Recursos Ordinarios	Papelería en General, útiles, materiales de oficina y otros servicios del personal profesional y técnicos para la PAUS	253,012.22
					<b>TOTAL - Actividad Operativa.</b>	253,012.22
					<b>TOTAL - Actividad Presupuestal</b>	253,012.22





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital Nacional Sergio E. Bernales

Oficina de Gestión de la Calidad

DEPENDENCIA: HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES  
CENTRO DE COSTO: OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD**OBJETIVO GENERAL:** Fortalecer la calidad de la atención de la salud para la satisfacción del usuario a fin de fortalecer el sistema en gestión de la calidad en el HNSEB.**OBJETIVO ESPECÍFICO:** Formular e implementar el Plan de gestión de la calidad en salud del HNSEB

CAT_PR ESP	META/ S.F	ACT_PRE SP	ACT_OPER	CODIGO SIGA	NECESIDAD/ITEM	CAN T.	UNIDAD DE MEDIDA	PRECIO UNIT. SI.	TOTAL SI.
					Puntero laser (tipo lapicero)	1	Unidad	40	40
					Cinta de embalaje 2 in x 55 yd	15	Unidad	5.4	81
					Cinta adhesiva transparente 1 in x 72 yd	15	Unidad	1.72	25.8
					Goma en barra x 40 g aprox.	10	Unidad	2.8	28
					Goma liquida x 250 ml	6	Unidad	4.8	28.8
					Nota autoadhesiva 7.5 cm x 7.5 cm x 100 hojas x 5	30	Unidad	6.14	184.08
					Archivador de cartón con palanca lomo ancho tamaño oficina	15	Unidad	6	90
					Folder manila tamaño oficina	12	Empaque x 25	12.5	150
					Reglas de 30cm	10	Unid.	1.8	18
					Sobre manila de 90 g tamaño oficina	4	Empaque x 50	11.21	44.84
					Sobre manila tamaño a4	2	Empaque x 25	6.22	12.44
					Mica portapapeles de pvc tamaño a4	40	Unidad	0.24	9.44
					Corrector líquido tipo lapicero con punta fina de metal	20	Unidad	1.82	36.4
					Engrapador de metal tipo alicate para grapa 26/6	5	Unidad	43	215
					Perforador de 2 espigas para 15 a 20 hojas aprox.	3	Unidad	8	24
					Porta clips acrílico	3	Unidad	2.07	6.2
					Saca grapa de metal tipo mariposa	4	Unidad	1.5	6

Acciones

Centrales

500003

Gestión

Administrativa





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital Nacional Sergio E. Bernales

Oficina de Gestión de la Calidad

Acciones centrales

500003 Gestión Administrativa

ACCIONES DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES

Tablero acrílico tamaño oficio con sujetador de metal tipo gancho	25	unidad	5.85	200
Tijera de metal de 7 in con mango de plástico	5	Unidad	3	15
Bolígrafo (lapicero) de tinta seca punta fina color rojo, azul, negro	100	Unidad	0.36	36
Lápiz negro nº 2 con borrador x 12	50	Unidad	1	50
Plumón de tinta indeleble punta fina	3	Unidad	1.5	4.5
Plumón para pizarra acrílica punta delgada color azul, negro, rojo	15	Unidad	3	45
Plumón resaltador colores	15	Unidad	2.5	37.5
Cuaderno espiral cuadrado tamaño a4 x 100 hojas	12	Unidad	3.46	42
Papel bond 80 g tamaño a4	150	Empaque x 500	13.7	2055
Papel lustre de 70 cm x 50 cm	20	Unidad	0.24	4.8
Clip de metal chico nº 1 x 100	30	Caja	0.63	18.76
Clip mariposa de metal nº 2 x 50	30	Caja	2.57	77.16
Grapa 23/13 x 5000	5	Caja	2.31	12
Grapa 26/6 x 5000	10	Caja	2.31	23.1
Sujetador para papel (tipo fasteners) de metal x 50	10	Caja	3.19	31.9
Memoria portátil usb (menor a 1/4 uit) de 128 gb	3	Unidad	86.5	259.5
Caja archivador de cartón 32cmx33cmx42cm aprox	10	Unidad	25	250
Papel carbón tamaño A4 color negro, Azul	2	Paq.	50	100
Libro de Registro de Reclamaciones en Salud - 150 hojas	6	Unid.	200	1200
Libro de Actas 100 Folios	3	Und.	36	108
Libro de Actas 200 Folios	3	Unid	36	108
Bandeja acrílica para escritorio de 2 pisos	2	Unid	35	70
Chinche con cabeza de colores x 100	10	Unid.	2	20
chalecos azul con logo- modelo tipo periodista	12	Unid.	100	1200
Fotocopiadora Multifuncional Copiadora Fax Impresora Scanner Laser Blanco Y Negro	2	Unid	2,200.00	4400
Computadora Completo - CPU, Monitor Lcd De 20" Mouse Y Teclado.	6	Unid	2,000.00	12,000.00
Estabilizador	6	Unid	70	420
Tóner Para Fotocopiadora	10	Uni	150	1500
Sistema de Proyección Multimedia - Proyector Multimedia	1	Unid	4138	4,138





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital Nacional Sergio E. Bernales

Oficina de Gestión de la Calidad

	Módulos Ergonómicos	6	Unid.	650	3900
	Escritorio madera	5	Unid.	250	1250
	Sillas Giratorio	10	Unid.	100	1000
	Banner de 2.5 M X 1.5 M	25	Unid.	35	875
	Gigantografía Banner Flex 5 M X 2.5 M	2	Unid.	70	140
	alcohol etílico 70° gel botella litro	24	Unid.	7	168
	Mascarilla Quirúrgicas X 3 pliegues	2	Unid.	70	140
	atomizador	3	Unid.	1	3
	Borrador blanco chico	10		0.3	3
	forro de plástico transparente tamaño oficio	4		8	32
	papel toalla hoja simple natura por 200 m	3000	Und.	25.00	75.00
	Curso de Derechos y Deberes y Trato Humanizado de los Usuarios Externos en los Servicios de Salud- Para 50 Personas	1	Servicio	4,000.00	4,000.00
	Curso de Capacitación en Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo Sanitario.	1	Servicio	4,000.00	4,000.00
	Curso de Capacitación Los Comités Y/O Equipos de Mejora Continua sobre uso de Herramientas de la Calidad y Metodología para Elaboración de Proyectos de Mejora	1	Servicio	4,000.00	144,000.00
	Locación de servicios realizados por personas naturales relacionadas al rol de la entidad (6)	6	Servicio	2,000.00	4,000.00
	Servicio especializado en gestión pública y Gestión de Calidad	2	Servicio	2,500.00	60,000.00
	<b>TOTAL - Actividad Operativa S/.</b>				<b>253,012.22</b>

### 6.6 Financiamiento

El presente plan, requiere de financiamiento de S/ 253,012.22 nuevos soles, para el cumplimiento de las metas programadas durante el año 2025.





## 6.7 Acciones de Monitoreo, Supervisión y Evaluación del Plan

El presente Plan es de cumplimiento por las jefaturas de los Departamentos y servicios, los Comités de la Oficina de Gestión de la Calidad, de los departamentos, servicios y oficinas de todas las unidades orgánicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

La oficina de Gestión de la Calidad es la encargada de supervisar y monitorear el cumplimiento del plan:

- a) Porcentaje del cumplimiento del Plan de Gestión de la Calidad
- b) Número de macro procesos que han superado el 85% de criterios óptimos en el proceso de Autoevaluación.
- c) Nivel de Satisfacción del Usuario Externo- Resultado SERVQUAL y/o encuesta de satisfacción del usuario, tiempos y movimientos.
- d) Porcentaje de Reclamos atendidos.
- e) Porcentaje del cumplimiento de la línea de Acción de Gestión de Riesgos por la seguridad del paciente.
- f) Número de Acciones de Mejora Continua desarrollada.
- g) Porcentaje de Rondas de Seguridad desarrolladas.
- h) Porcentaje del cumplimiento de las auditorías de calidad en Salud.
- i) Número de actividades para implementar una cultura del buen trato en salud.
- j) Indicadores de seguimiento de la oficina de calidad

### ➤ Satisfacción del usuario:

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuarios satisfechos en un semestre}}{\text{N}^\circ \text{ de usuarios encuestados en el mismo semestre}} \times 100$

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de quejas de los usuarios resueltos en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de quejas de los usuarios en el mismo periodo}} \times 100$

### ➤ Cirugía Segura

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de cirugías que aplica lista de chequeo en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de cirugías totales realizadas en el mismo periodo}} \times 100$





➤ **Guías de Práctica Clínica**

*Nº total de GPC aplicadas*

Total, de HC de paciente con DX de las 10 patologías más frecuente

*Nº total de Guías de Procedimientos aplicadas*

Total, de HC de paciente con DX de las 10 patologías más frecuente

➤ **Porcentaje de Auditorías de caso a Eventos Adversos**

*Nº total de auditorías de caso realizado*

Total, de eventos adversos notificados

➤ **Porcentaje de Auditorías**

*Nº total de auditorías de Gestión Clínica realizadas en el departamento*  
*Nº Total de auditorías de registro programadas para el departamento*

*Nº total de auditorías de caso realizadas*

*Nº Total de auditorías de caso solicitadas*

➤ **Autoevaluación**

*Nº de macroprocesos con calificación satisfecha*

Total, de macroprocesos evaluados en el periodo

## **VII. RESPONSABILIDADES**

La Oficina de Gestión de la calidad del Hospital Nacional Sergio E. Bernales supervisa, monitorea y evalúa las actividades del presente plan según los componentes del sistema de gestión de la calidad.

## **VIII. ANEXOS**

ANEXO Nº 1 Matriz de Programación de Actividades





Anexo 1:

MATRIZ DE PROGRAMACION ANUAL DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD AÑO 2025																				
UNIDAD ORGANICA: OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD																				
ESTRUCTURA PROGRAMATICA OPERATIVA																				
OBJETIVO DEL PLAN: Contribuir a la mejora de los procesos de atención en salud a través de la implementación de los componentes del Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales.																				
ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	ACTIVIDADES OPERATIVA	Unidad de Medida	RESPONSABLE	I TRIMESTRE			II TRIMESTRE			III TRIMESTRE			IV TRIMESTRE			META FISICA ANUAL				
				Ene Prog.	Feb Prog.	Mar Prog.	Abr Prog.	May Prog.	Jun Prog.	Jul Prog.	Ago Prog.	Set Prog.	Oct Prog.	Nov Prog.	Dic Prog.					
5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	APROBACION del Plan Anual de Trabajo de la Oficina de Gestion de la Calidad del HNSEB 2025	PLAN APROBADO	JEFE DE LA OGC+ EQUIPO TECNICO	1															1	
	Elaboracion de Directivas, Manuales Institucionales	Documento	JEFE DE LA OGC+ EQUIPO TECNICO																	A demanda
	Remision de Informes mensuales del Plan de Trabajo de la Oficina de Gestion de la Calidad-OEPE	Informe	JEFE DE LA OGC+ EQUIPO TECNICO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
	Reuniones Tecnicas con personal de opios y servicios	Documento	JEFE DE LA OGC+ EQUIPO TECNICO	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	24
	Participacion en reuniones de Gestion en la Direccion del Hospital	Documento	JEFE DE LA OGC+ EQUIPO TECNICO	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	37
	Remision de informes solicitados por el MINSA, DIRIS Lima Norte u otros	Documento	JEFE DE LA OGC+ EQUIPO TECNICO			1														4





PERÚ  
Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital Nacional Sergio E. Bernaldes

Oficina de Gestión de la Calidad

ACTIVIDADES OPERATIVA PLATAFORMA DE ATENCION AL USUARIO	RESPONSABLE	Unidad de Medida	I TRIMESTRE			II TRIMESTRE			III TRIMESTRE			IV TRIMESTRE			META FISICA ANUAL
			Ene Prog.	Feb Prog.	Mar Prog.	Abr Prog.	May Prog.	Jun Prog.	Jul Prog.	Ago Prog.	Set Prog.	Oct Prog.	Nov Prog.	Dic Prog.	
ELABORACION DEL PLAN DE ACTIVIDADES DE LA PLATAFORMA DE ATENCION AL USUARIO EN EL HNSEB	JEFE DE LA OGC+ EQUIPO TECNICO	Plan APROBADO	1												1
APROBACION DEL PLAN DE ACTIVIDADES DE LA PLATAFORMA DE ATENCION AL USUARIO EN EL HNSEB	JEFE DE LA OGC+ EQUIPO TECNICO	Plan APROBADO	1												1
Capacitación al personal de la PAUS en temas de deberes y derechos de los usuarios	JEFE DE LA OGC+ EQUIPO TECNICO	Informe			1										4
Revisión de informe del Reporte del Libro de Reclamos a DIRIS Lima Norte	EQUIPO TECNICO PAUS	Informe			1										4
Coordinaciones con jefaturas de los departamentos y servicios en caso de seguimiento de pacientes	EQUIPO TECNICO PAUS	Atenciones directas													A DEMANDA
Interposición de buenos oficios en la atención del usuario externo que acude a la plataforma de atención al usuario (oportunidades de intervención frente alguna inconformidad para ser resuelta)	EQUIPO TECNICO PAUS	Atenciones directas													A DEMANDA
Emisión de respuesta a reclamos formulados en el Libro de Reclamaciones	EQUIPO TECNICO PAUS	Carta de respuesta	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	360
Información Directa a Susalud por denuncias presentadas a Susalud	EQUIPO TECNICO PAUS	Informe													A DEMANDA
Información Directa a Susalud por denuncias presentadas a DIRIS LIMA NORTE	EQUIPO TECNICO PAUS	Informe													A DEMANDA
Información Directa a Susalud por denuncias presentadas a OGDOR	EQUIPO TECNICO PAUS	Informe													A DEMANDA
Capacitación a los trabajadores de la institución en temas de deberes y derechos y el proceso de atención de los reclamos PAUS.	EQUIPO TECNICO PAUS	Informe			2				2						2
Difusión de los derechos y deberes de los usuarios que acuden al establecimiento (banners, folletos y comunicación verbal)	EQUIPO TECNICO PAUS	Informe			1					1					4
Programa de actividades por el día del buen trato al paciente (13 de agosto).	JEFE DE LA OGC+ EQUIPO TECNICO	Informe									1				1
Procesamiento de datos del Buzon de sugerencias	EQUIPO TECNICO PAUS	Informe			1					1					4
Elaboración del plan para la Medición del grado de satisfacción de los usuarios externos del HSEB (Consulta Externa, Hospitalización, Emergencia)	JEFE DE LA OGC+ EQUIPO TECNICO	Documento								1					1
Difusión de resultados del plan de medición del grado de satisfacción del usuario externo	JEFE DE LA OGC+ EQUIPO TECNICO	Documento									1				1
Elaboración del Plan para el Estudio del Tiempo de Espera en la Atención al Usuario Externo( consulta externa, emergencia y farmacia)	JEFE DE LA OGC+ EQUIPO TECNICO	Plan APROBADO			1										1
Difundir del Tiempo de Espera en Consulta Externa. Emergencia	JEFE DE LA OGC+ EQUIPO TECNICO	Documento				1									1
Realizar informe trimestrales del Libro de reclamaciones	JEFE DE LA OGC+ EQUIPO TECNICO	informe			1					1					4





ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	ACTIVIDADES OPERATIVA	Unidad de Medida	RESPONSABLE	I TRIMESTRE			II TRIMESTRE			III TRIMESTRE			IV TRIMESTRE			META FISICA ANUAL
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	
				Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	
5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	Elaboración del Plan de Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente 2025	Documento	JEFE DE LA OGC - EQUIPO TECNICO	1												1
	Aprobación del Plan de Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente 2025	Documento	Dirección General	1												1
	Lista de Verificación de la Seguridad de la Clínica en centro quirúrgico.	Resolución Directoral	Oficina de Gestión de la Calidad	1												1
	Gestionar la Conformación con Resolución Directoral del equipo conductor de la LVCS en el HNSEB.	Informe	Equipo Técnico de Seguridad del paciente	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
	Verificar la Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Clínica en los centros quirúrgicos	Informe	Equipo Técnico de Seguridad del paciente						1						1	2
	Evaluación de la Aplicación de la encuesta de evaluación de la implementación de las listas de verificación de la seguridad a cargo del equipo conductor (Informe de análisis)	Informe	Equipo Técnico de Seguridad del paciente			1										2
	Capacitación asincrónica en servicio al personal de salud: Aplicación de la LVCS	Informe	Equipo conductor de la LVCS			1					1					4
	Elaboración de informe trimestral de la LVCS	Resolución Directoral	Oficina de Gestión de la Calidad	1												1
	Registrar, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos en Salud	Informe	Equipo Técnico de Seguridad del paciente			1									1	4
	Gestionar la Conformación del comité de Rondas de seguridad del paciente con Resolución Directoral	Informe	Equipo Técnico de Seguridad del paciente			1										4
	Consolidar la información remitida por parte de los Servicios con respecto a la Notificación de Eventos Adversos	Informe	Equipo Técnico de Seguridad del paciente			1										4
	Consolidar los Informes de Análisis de Evento Continúa mediante el Protocolo de Londres que se realizan en el HNSEB	Informe	Equipo Técnico de Seguridad del paciente			1										12
	Reuniones del comité de seguridad del paciente	Informe	Equipo Técnico de Seguridad del paciente			1										4
	Elaboración de informe trimestral de eventos adversos	Informe	Equipo Técnico de Seguridad del paciente			1										4
	<b>RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>															
Gestionar la Conformación del comité de Rondas de seguridad del paciente con Resolución Directoral	Resolución Directoral	Oficina de Gestión de la Calidad	1													1
Gestionar la aprobación del cronograma de rondas de seguridad del paciente	Resolución Directoral	Oficina de Gestión de la Calidad	1													1
Ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente	Rondas	Equipo de Rondas			1											1
Informe de los resultados de Rondas de Seguridad del Paciente	Informe	Equipo de OGC - Equipo de Rondas			1											12
Monitorear el levantamiento de observaciones de la Rondas por la Seguridad del Paciente	Informe	Equipo de OGC - Equipo de Rondas			1											12
Elaboración de informe de rondas por la seguridad del paciente	Informe	Equipo de OGC - Equipo de Rondas			1											12
Consolidar los informes de monitoreo de Higiene de manos en los servicios asistenciales	Informe	Equipo de OGC - Equipo de Rondas			1											4





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestadores y Aseguramiento en Salud

Hospital Nacional Sergio E. Bernaldes

Oficina de Gestión de la Calidad

ACTIVIDADES	Unidad de Medida	RESPONSABLE	I TRIMESTRE			II TRIMESTRE			III TRIMESTRE			IV TRIMESTRE			META FISICA ANUAL
			Ene Prog.	Feb Prog.	Mar Prog.	Abr Prog.	May Prog.	Jun Prog.	Jul Prog.	Ago Prog.	Set Prog.	Oct Prog.	Nov Prog.	Dic Prog.	
<b>Implementación de la Auditoría de la Calidad de Atención de salud.</b>															
Elaboración del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2024	Plan aprobado	Equipo tecnico de auditoria	1												1
Conformación del Comité de Auditoría Médica (CAM) y Comité de Auditoría en Salud (CAS) con Resolución Directoral	Resolucion Directoral	Oficina de Gestion de la Calidad	1												1
Capacitación a los Miembros de comites de Auditoria de los dptos y servicios de la institucion	Informe	Equipo tecnico de auditoria	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
Desarrollo de Auditorías de Caso por parte del Comité de Auditoría Médica (variable a demanda)	A DEMANDA	Equipo tecnico de auditoria													A DEMANDA
Remision de Auditoria de Caso al area de origen	A DEMANDA	Equipo tecnico de auditoria													A DEMANDA
Seguimiento de las recomendaciones de las auditorias de caso	Informe	Equipo tecnico de auditoria	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
Desarrollo de Auditorias por parte del CAM	Informe	COMITÉ CAM	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20
Desarrollo de Auditorias por parte del CAS	Informe	COMITÉ CAS	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20
Desarrollar el proceso de auditorias de la calidad de los registros en los diferentes departamentos del hospital	Informe	Equipo tecnico de auditoria	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	60
Desarrollar la Adherencia de Guías de Practica Clínica y Procedimientos en los diferentes departamentos del hospital	Informe	Equipo tecnico de auditoria	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	60
Asistencia Técnica en la Elaboración de Guías de Practica Clínica y guías Técnicas de Procedimientos	A Demanda	Comité de Auditoria Dpto/ servicio	5	4	3	2	4	4	4	3	3	4	3	3	41
Revisión y evaluación de Guías de Practica Clínica	A Demanda	JEFE DE LA OGC+ EQUIPO TECNICO AUDITORIA	5	4	3	2	4	4	4	4	3	3	4	3	41
Asistencia Técnica en la elaboración de manuales y directivas de los dptos y servicios	A Demanda	JEFE DE LA OGC+ EQUIPO TECNICO AUDITORIA													A DEMANDA
Informe trimestral del plan de auditoria de la calidad de atencion en salud	Informe	Equipo tecnico de auditoria			1								1		4

5000003 GESTION ADMINISTRATIVA





PERÚ

Vice-Ministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital Nacional Sergio E. Bernaldes

Oficina de Gestión de la Calidad

5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	ACTIVIDADES	Unidad de Medida	RESPONSABLE	I TRIMESTRE			II TRIMESTRE			III TRIMESTRE			IV TRIMESTRE			META FISICA ANUAL
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	
				Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	
5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	Implementación de proyectos y/o acciones de mejoras en relación a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y las prioridades sanitarias identificadas y/o Institucionales (usuario externo, tiempo de espera en la consulta externa y/o emergencia).															
	Comité y/o Equipo de Proyectos de mejora Continua con RD	Resolución Directoral	JEFATURAS DE DPTOS /SERVICIOS			1										1
	Capacitación a los Comité y/o Equipos de Mejora Continua, sobre uso de herramientas de la calidad y metodología para elaboración de Proyectos de Mejora.	Curso	EQUIPO DE LA OGC											1		1
	Asesorar en la elaboración de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad en Salud	A DEMANDA	EQUIPO DE LA OGC													A DEMANDA
5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	Implementación de la Acreditación Hospitalaria y Autoevaluación del HSEB.															
	RD Conformación del equipo de Acreditación del HNSEB.	Informe	Dirección General			1										1
	RD Conformación del equipo de evaluadores internos del HNSEB.	Informe	Equipo de Acreditación			1										1
	Elaboración del Plan de Autoevaluación Interna del HNSEB 2024	Plan aprobado	Equipo de Evaluadores Internos + OGC													1
	Fortalecer la capacidad técnica de los autoevaluadores.	Curso	Dirección General+OGC				1									1
	Comunicación del Inicio de la autoevaluación	Informe	Dirección General + OGC					1								1
	Ejecución de la autoevaluación	Informe	Equipo de Evaluadores Internos						1							1
	Presentación de los resultados e informe de los equipos de evaluadores internos	Informe	Equipo de Evaluadores Internos										1			1
	Seguimiento de implementación de mejoras en los departamentos y servicios del HNSEB	Informe	OGC			1									1	1
	Monitorizar indicadores de desempeño del HNSEB en Acuerdo de los Compromisos de Gestión	Informe	OGC		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
	Desarrollo del Proceso de Categorización de la Institución	Informe	OGC			1									1	4





## IX. BIBLIOGRAFIA

1. Systems Approach. In: Patient Safety Network [website] Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/21> 23 de julio de 2019.
2. Seventy-second world health assembly (WHA 72.6) Global action on patient safety Chromeextension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fapps.who.int%2Fgb%2Fwha%2Fpdf\_files%2FWHA72%2FA72\_R6-en.pdf&clen=238066&chunk=true 28 de mayo 2019.
1. Workplace Health and Safety Queensland. Understanding safety culture. Brisbane: The State of Queensland [https://www.worksafe.qld.gov.au/data/assets/pdf\\_file/0004/82705/understanding-safety-culture.pdf](https://www.worksafe.qld.gov.au/data/assets/pdf_file/0004/82705/understanding-safety-culture.pdf) 26 de julio de 2019.
2. WHO guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives. Ginebra: World Health Organization [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf?sequence=1) 26 de julio de 2019.
5. Seguridad del paciente - Medidas mundiales en materia de seguridad del paciente. Informe del Director General. Ginebra: Organización Mundial de la Salud ([https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA72/A72\\_26-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf)) 23 de julio de 2019.

