



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé"

N° 123 -2024-DG-HONADOMANI-SB



## Resolución Directoral

Lima, 03 de Junio de 2024



Visto, el expediente N° 07955-24; y

### CONSIDERANDO:

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



Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021-MINS , se aprueba el documento denominado "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud" en cuyo numeral 6.1.3 define la Guía Técnica como documento normativo del MINSA con el que por escrito se define de manera detallada el desarrollo de determinados procesos, procedimientos y actividades administrativas y asistenciales(...);



Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA se aprueba la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" y establece como uno de los procedimientos para el proceso de acreditación la elaboración del Plan de Autoevaluación, con el fin de medir capacidades de los diversos servicios de brinda la entidad;



Que, la Jefa de la Unidad de Garantía de la Calidad mediante Nota Informativa N° 035-2024-UGC-OGC-HONADOMANI-SB-2024, de fecha 30.04.2024, hace de conocimiento que en noviembre del 2023 concluyó el proceso de autoevaluación y precisa que solo el 66% de los macroprocesos evaluados alcanzaron a superar el estándar (85%) por lo tanto corresponde realizar acciones de mejora;



Que, mediante Nota Informativa N° 127-2024-OGC-HONADOMANI-SB-2024, de fecha 07.05.2024, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad precisa que las actividades de mejora que se realizarán en el hospital post evaluación, se hará en cumplimiento de la Norma Técnica de Salud NT N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", correspondiendo implementar acciones que contribuyan al cumplimiento de estándares de calidad en las diferentes áreas del hospital;

Que, mediante Proveído N° 299-2024-OEPE-HONADOMANI-SB del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico anexando el Informe N° 026-2024-UPO-OEPE-HONADOMANI-SB, de fecha 16.05.2024 de la Coordinadora del Equipo de Planeamiento y Organización concluyen que el "Plan de Mejora Post Autoevaluación 2024" del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" cumple con la estructura establecida en la Directiva Administrativa N° 326-MINSA/OGPPM-2022, "Directiva Administrativa para la Formulación, Aprobación, Modificación y Difusión de Documentos Normativos del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, dando opinión favorable al precitado anteproyecto de Plan;

Que, mediante Memorando N° 0258-2024-DG-HONADOMANI.SB, la Dirección General solicita a la jefatura de la Oficina de Asesoría Jurídica proyecte el acto resolutivo correspondiente;

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

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

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.- APROBAR el Plan de Mejora Post Autoevaluación 2024** del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé," compuesta de dieciocho (18) folios.

**Artículo 2°.- Disponer** que Oficina de Gestión de la calidad implemente la difusión y aplicación interna del Plan de Mejora Post Autoevaluación aprobado en el Artículo 1° de la presente Resolución.

**Artículo 3°.- Disponer** que la Oficina de Estadística e Informática, a través del responsable del Portal de Transparencia de la Institución, se encargue de la publicación del acto resolutivo, en la dirección electrónica [www.sanbartolome.gob.pe](http://www.sanbartolome.gob.pe).

**Regístrese, Comuníquese y publíquese**



RLR/ASL/KAGV/AMCHN/RPAG/cewa  
c.c.

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

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO  
"SAN BARTOLOME"

.....  
Mc. Rocio De Las Mercedes León Rodríguez  
DIRECTORA GENERAL  
CMP. 31303 RNE: 14142



# Plan de Mejora Post Autoevaluación 2024

---

**HOSPITAL NACIONAL  
DOCENTE MADRE NIÑO  
SAN BARTOLOME**

---

**UNIDAD DE GARANTIA DE LA CALIDAD**  
**Lic. Flor de Maria Huamán Astocóndor**

PLAN DE MEJORA POST AUTOEVALUACIÓN 2024  
A HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN  
BARTOLOME

Versión: 1  
Fecha de Elaboración: Abril 2024

CONTROL DE EMISIÓN Y APROBACIÓN DE DOCUMENTO NORMATIVO

Tipo de DN                      Versión N°                      Fecha de Aprobación

Documento Técnico            V. 01

ETAPA                              RESPONSABLE                      VISTO BUENO O SELLO

Elaborado por:                      Oficina de Gestión de la Calidad

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO "SAN BARTOLOME"  
Dra. Karin Alicia Villanueva Gavidia  
Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad  
C.M.P. 44056 RNE: 21656

Revisado por:                      Oficina Ejecutiva                      de  
Planeamiento Estratégico

MINISTERIO DE SALUD  
HONADOMANI "SAN BARTOLOME"  
Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico  
Econ. Arturo Martín Chávez Nuñez  
CEL 05796  
Director Ejecutivo

Aprobado por:                      Dirección General

## INDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	4
II.	FINALIDAD.....	5
III.	OBJETIVOS .....	5
	3.1. Objetivo General .....	5
	3.2. Objetivos Específicos .....	5
IV.	ÁMBITO DE APLICACIÓN .....	5
V.	BASE LEGAL .....	5
VI.	CONTENIDO.....	5
	6.1. ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES (Definiciones operativas).....	5
	6.2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO O ADMINISTRATIVO .....	6
	6.3. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL PEI Y ARTICULACIÓN OPERATIVA CON LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS DEL POI	11
	6.4. ACTIVIDADES POR OBJETIVOS.....	12
	6.5. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.....	13
	6.6. ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALIACIÓN DEL PLAN	14
VII.	RESPONSABILIDADES .....	14
VIII.	ANEXOS .....	16



## I. INTRODUCCIÓN

El plan de mejora post-autoevaluación, proporciona un marco estructurado para implementar cambios y mejoras de manera constante, esto fomenta una cultura de mejora continua dentro de la organización, lo que puede llevar a un mejor desempeño.

En el último proceso de autoevaluación realizado en el mes de noviembre del año 2023, el resultado que obtuvo el HONADOMANI San Bartolomé superó el estándar establecido por el MINSA, sin embargo siete de los veintiuno de los macroprocesos no han alcanzado un porcentaje de cumplimiento mayor al estándar, en tal sentido corresponde poner énfasis en mejorar los criterios que no alcanzaron calificación óptima y trabajar con ellos en la mejora de la calidad.

La Guía Técnica del evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, en el cap. VII. Señala como enfocar las acciones de Mejoramiento continuo y con ello se busca identificar de manera precisa los criterios que se debe mejorar, para posteriormente hacer de conocimiento de los responsables de las áreas respectivas y generar el ciclo de mejora. Estos aspectos fueron considerados para elaborar el presente plan de mejora.

La prioridad en la selección de los macroprocesos, serán aquellos cuya calificación fue menor al 85% y los criterios que se incluirán serán aquellos que obtuvieron calificación entre 1 y 0.

La Unidad de Garantía de la Calidad, de la Oficina de Gestión de la Calidad, monitorizará el cumplimiento de las acciones de mejora periódicamente y brindará asesoría técnica para el cumplimiento de los criterios establecidos.

El presente plan de mejora post-autoevaluación, tiene como objetivo mantener un enfoque de mejora continua en el hospital, asegurando que se sigan cumpliendo los estándares de calidad y seguridad en la atención y que se busquen constantemente formas de optimizar los procesos y contribuir a mejorar la experiencia del paciente.

Como hospital estamos en un momento trascendental con respecto a la acreditación, ya que después de 15 años hemos logrado superar el estándar.



## 6.2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO O ADMINISTRATIVO

### 6.2.1 Antecedentes

#### a. Autoevaluación 2023

En el proceso de autoevaluación del año 2023, el Hospital San Bartolomé obtuvo 86% del cumplimiento, superando el estándar establecido por el MINSA (85%).

En el gráfico adjunto se observa el porcentaje de calificación de cada uno de los macroprocesos evaluados en el hospital.

A través de la semaforización se puede observar que existen resultados con calificación de color rojo (menos del 50%), anaranjado (más del 50% y menos del 70%), amarillo (más del 70% y menos del 85%) y de color verde (mayor al 85%).

De los resultados obtenidos corresponde realizar acciones para mejorar los resultados, de tal manera que todos alcancen el estándar ó puedan superarlo.

Tabla N°1

Resultados de la Autoevaluación 2023

Macroprocesos	Porcentaje de Cumplimiento de Macroproceso x
Direccionamiento	100%
Gestión de Recursos Humanos	91.18
Gestión de la Calidad	89.02
Manejo del Riesgo de Atención	91.76
Gestión de Seguridad ante Desastres	83.93
Control de la Gestión y Prestación	92.31
Atención Ambulatoria	92.50
Atención de Hospitalización	62.04
Atención de Emergencias	97.37
Atención Quirúrgica	79.79
Docencia e Investigación	76.19
Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	40.91
Admisión y Alta	95.71
Referencia y Contra referencia	100.00
Gestión de Medicamentos	100.00
Gestión de la Información	86.96
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	65.52
Manejo del Riesgo social	100.00
Manejo de Nutrición de Pacientes	85.29
Gestión de Insumos y Materiales	100.00
Gestión de Equipos e Infraestructura	47.06
<b>TOTAL</b>	<b>86%</b>



- Atención quirúrgica
- Atención en hospitalización

Segunda intervención Serán incluidos los macroproceso de categoría macroprocesos

- Direccionamiento
- Gestión de Recursos Humanos
- Gestión de la Calidad
- Manejo del Riesgo de Atención
- Gestión de Seguridad ante Desastres
- Control de la Gestión y Prestación
- Atención Ambulatoria
- Atención de Emergencias
- Admisión y Alta
- Referencia y Contra referencia
- Gestión de Medicamentos
- Gestión de la Información
- Manejo del Riesgo social
- Manejo de Nutrición de Pacientes
- Gestión de Insumos y Materiales

Para efectos de construir la tabla de identificación de problemas, se elaboró un listado de los criterios no cumplidos de acuerdo al estándar y las observaciones emitidas por los evaluadores internos, para luego agruparlos por categorías y aplicar la matriz de identificación de problemas, lo que presento a continuación.

Tabla N°2

Tabla de identificación de problemas

Problema identificado	Frecuencia (1-5) (Poco frec – Muy Frec)	Impacto (1-5) (Muy bajo – Muy Alto)	Vulnerabilidad (1-3) (Baja – Alta)	Valoración Val = F x I x V
No cuentan con manual de prevención de riesgos, procedimientos para el mantenimiento de instalaciones en áreas críticas y el manual de desinfección y esterilización esta desactualizado	4	4	3	48
No cuentan con indicadores de calidad	4	5	2	40
No realizan control de calidad ni mantenimiento preventivo de equipos	5	4	2	40
No cuentan con planes aprobados, (plan de capacitación)	3	4	3	36
No existe un Sistema centralizado del control y reposición de las pérdidas de las prendas, de almacenamiento, tratamiento de ropa contaminada, Sistema de reclamos y el personal incumple las medidas de bioseguridad	4	3	3	36
El personal asistencial desconoce los manuales de procedimientos y desinfección de ambientes	3	3	3	27
No se mide la satisfacción del usuario en la atención del parto	4	3	2	24
El departamento de Ginecología y Obstetricia no tiene consentimiento informado para el internamiento 0%	2	5	2	20
No se mide el tiempo de espera en hospitalización	2	3	2	12
No se realiza evaluación de las historias clínicas por pares y los planes de trabajo no son concordantes con las guías de práctica	3	2	2	12





#### 6.4. ACTIVIDADES POR OBJETIVOS

##### 6.4.1 Descripción operativa:

Las actividades del plan de mejora post autoevaluación busca mejorar el resultado del cumplimiento de los criterios de los macroprocesos

Tabla N°6 Matriz de Actividades por Objetivos

Órgano	Oficina de Gestión de la Calidad				
<b>Objetivo General</b>	Contribuir al cumplimiento de los estándares de calidad en la atención de Salud del Hospital San Bartolomé, concordante con la Norma técnica de Acreditación para establecimientos de salud				
Objetivos Específicos	Actividad / Tarea	Unidad de Medida	Meta	Responsables	
	Distribución de las matrices con los resultados autoevaluación 2023	Acción	7	U. Garantía de la Calidad Of. Gestión de la Calidad	
OE1: Lograr calificación óptima (2 puntos) en los criterios de los macro procesos que obtuvieron calificación menos del 70%	Diseño de la matriz de mejora post autoevaluación	Acción	7	U. Garantía de la Calidad Of. Gestión de la Calidad	
	Asesoría técnica a las áreas vinculadas con los macroprocesos con calificación menor al 70%	Acción	14	U. Garantía de la Calidad Of. Gestión de la Calidad	
	Monitoreo (Primera Intervención)	Acción	7	U. Garantía de la Calidad Of. Gestión de la Calidad	
	Simulacro de autoevaluación	Informe	7	U. Garantía de la Calidad Of. Gestión de la Calidad	
OE2: Lograr calificación óptima (2ptos) en los criterios de los macro procesos que obtuvieron calificación mayor al 70%	Entrega de los resultados de los macroprocesos que obtuvieron más del 70%	Acción	15	U. Garantía de la Calidad Of. Gestión de la Calidad	
	Asesoría técnica a los criterios de evaluación	Acción	15	U. Garantía de la Calidad Of. Gestión de la Calidad	



### 6.4.3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Tabla N°8 Matriz de Programación de Actividades

UNIDAD ORGÁNICA		Oficina de Gestión de la Calidad																					
OBJETIVO GENERAL:		Contribuir al cumplimiento de los estandares de calidad en la atención de Salud del Hospital San Bartolomé, concordante con la Norma tecnica de Acreditación para establecimientos de salud																					
OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDAD / TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS																Responsable				
			Febrero				Marzo				Abril				Mayo								
			1° S	2° S	3° S	4° S	1° S	2° S	3° S	4° S	1° S	2° S	3° S	4° S	1° S	2° S	3° S	4° S					
OE1: Lograr calificación optima (2 puntos) en los criterios de los macroprocesos que obtuvieron calificación menos del 70%	Distribución de las matrices con los resultados autoevaluación 2023 de los macroprocesos que obtuvieron calificación menor al 70%	Acción											7									OGC	
	Diseño de la matriz de mejora post autoevaluación	Acción											7									OGC	
	Asesoría técnica a las áreas vinculadas con los macroprocesos	Acción													7	7							OGC
	Monitoreo (primera intervención)	Acción																7					OGC
	Simulacro de autoevaluación de los macroprocesos (ADT, EIF, ATH, DLDE)	Acción																			7		OGC
OE2: Lograr calificación optima (2ptos) en los criterios de los macroprocesos mayor al 70%	Entrega de los resultados de los macroprocesos que obtuvieron calificación mayor al 70%	Acción	17																				OGC
	Asesoría técnica a los criterios de evaluación de los macroprocesos mayor al 70%	Acción																				17	OGC



Anexo N°1 Matriz de mejora post autoevaluación

CODIGO Y  
CRITERIO DE  
EVALUACION

VERIFICADOR

RECOMENDACIONES

ÁREA RESPONSABLE



PLÁN DE MEJORA POST AUTOEVALUACIÓN 2024  
A HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN  
BARTOLOME

Version: 1  
Fecha de  
Elaboración Abril 2024

	- ADT Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	Acción
	- EIF Gestión de Equipos e Infraestructura	Acción
	- ATH Atención de Hospitalización	Acción
	- DLDE Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	Acción
	Simulacro de autoevaluación de los macroprocesos (ADT, EIF, ATH, DLDE)	Acción
OE2: Lograr calificación optima (2ptos) en los criterios de los macroprocesos que obtuvieron calificación mayor al 70%	Entrega de los resultados de los macroprocesos que obtuvieron más del 70%	Acción
	Asesoría técnica a los criterios de evaluación	
		Acción

