



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Nacional Docente
Madre-Niño "San Bartolomé"

N° 031 2020 -DG-HONADOMANI-SB

Publicar. 481
Ejemplar



Resolución Directoral

Lima, 24 de Febrero del 2020



Visto, el Expediente N° 02703-20, que contiene la Nota Informativa N° 035-2020-OGC-HONADOMANI-SB y Nota Informativa N° 005-UMC-OGC-2020-HONADOMANI-SB; y,

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I, II y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, siendo responsabilidad del Estado regular, vigilar y promover la protección de la salud. La provisión de servicios de salud es de interés público, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es 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, de acuerdo a la Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, el proceso de modernización de la gestión del Estado tiene como finalidad fundamental la obtención de mayores niveles de eficiencia del aparato estatal, de manera que se logre una mejor atención a la ciudadanía, priorizando y optimizando el uso de los recursos públicos, teniendo, entre otros objetivos, alcanzar un Estado que se encuentre al servicio de la ciudadanía, que cuente con canales efectivos de participación ciudadana, y que sea transparente en su gestión;

Que, el numeral 3.2 del Anexo del Decreto Supremo N° 004-2013-PCM, que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública, establece los "Pilares Centrales de la Política de Modernización de la Gestión Pública", siendo la gestión por procesos y la organización institucional uno de ellos, el cual debe implementarse paulatinamente en todas las entidades a fin de brindar a los ciudadanos servicios de manera más eficiente y lograr resultados que los beneficien. Para ello deberán priorizar aquellos de sus procesos que sean más relevantes de acuerdo a la demanda ciudadana, a su Plan Estratégico, a sus competencias y los componentes de los programas presupuestales que tuvieran a su cargo, para luego poder organizarse en función a dichos procesos;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", que tiene por finalidad fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los Establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo; según la norma citada el Sistema de Gestión en Salud es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a las entidades de salud del Sector y a sus Dependencias Públicas de los tres niveles (Nacional, Regional y Local), en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión. En ese sentido, según la norma acotada la Gestión de la Calidad es un componente de la Gestión Institucional y por ello es un deber de todo Funcionario en el Sector determinar y aplicar la política de calidad expresada formalmente por el alta Dirección del MINSA. Además conforme a la norma, las orientaciones normativas del sistema de gestión de la calidad en salud deben desarrollarse creativamente y con las especificidades que correspondan en todas las Instituciones y Entidades del Sector, en los diferentes niveles de su jerarquía organizativa. El sistema incluye los componentes de planificación, organización, garantía y mejora de la calidad e información para la calidad dentro de la dirección estratégica de la institución, en la perspectiva de diseñar, gestionar y mejorar los procesos institucionales hacia una cultura de calidad;





Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA de fecha 28 de octubre del 2016, se Resuelve aprobar el documento denominado "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los documentos normativos que expide el Ministerio de Salud, en el marco del proceso de descentralización según numeral 6.1.4 de la Resolución Ministerial precitada, documento técnico es: ...la denominación genérica de aquella publicación del Ministerio de Salud que contiene información sistematizada o disposición sobre un determinado aspecto sanitario o administrativo o que fija posición sobre él; y, que la autoridad nacional de salud considera necesario enfatizar o difundir, autorizándolo expresamente;



Que, con Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, se aprobó la Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y herramientas para la Gestión de la Calidad, el cual tiene como finalidad contribuir a la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud y sus actividades dirigidas a la mejora continua de los procesos a través de la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad;



Que, mediante Nota Informativa N° 035-2020-OGC-HONADOMANI-SB, de fecha 12 de febrero de 2020, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad pone de manifiesto del Director General que, en atención de la Nota Informativa N° 005-UMC-OGC-2020-HONADOMANI-SB, emitida por la Coordinadora de Equipo de Mejora Continua de la Calidad del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", con la finalidad de cumplir con el estándar GCA-1 "El establecimiento de salud está organizado para desarrollar acciones del sistema de gestión de la calidad en salud" sobre Norma Técnica de Salud de Acreditación, "Plan de Mejora Continua 2020";

Que, con Nota Informativa N° 012-2020-DA-HONADOMANI-SB, de fecha 12 de febrero de 2020, el Director Adjunto del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", da opinión favorable para la oficialización del "Plan de Mejora Continua de la Calidad - 2020";



Que, mediante Memorando N° 051-2020.DG.HONADOMANI.SB, de fecha 14 de febrero de 2020, el Director General (e) HONADOMANI-SB, en atención al requerimiento efectuado mediante Nota Informativa N°035-2020-OGC-HONADOMANI-SB, por parte de la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad, solicita a la Jefatura de la Oficina de Asesoría Jurídica oficializar el proyecto de Resolución Directoral del Documento Técnico: "Plan de Mejora Continua de la Calidad - 2020"; del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

Con la visación del Director Adjunto, Oficina de Gestión de la Calidad y Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

De conformidad con lo establecido en la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA y el Decreto Supremo N° 004-2013-PCM, que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública;

En uso de las facultades y atribuciones conferidas al Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", mediante Resolución Ministerial N° 949-2019/MINSA y de la Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar el Documento Técnico: "**Plan de Mejora Continua de la Calidad - 2020**"; del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", el cual consta de once folios (anverso y reverso), que debidamente visados forman parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- Encargar a la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad, el monitoreo y seguimiento del cumplimiento de la Oficialización del Documento Técnico: "**Plan de Mejora Continua de la Calidad - 2020**"; del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".





PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Nacional Docente
Madre-Niño "San Bartolomé"

N° 031 2020 -DG-HONADOMANI-SB



Resolución Directoral

Lima, 24 de Febrero del 2020

Artículo Tercero.- Disponer que la Oficina de Estadística e Informática, a través del responsable del Portal de Transparencia de la Institución, se encargue de la publicación de la presente Resolución Directoral, en la Dirección Electrónica www.sanbartolome.gob.pe.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"
Carlos E. Santillan Ramirez
M.C. CARLOS E. SANTILLAN RAMIREZ
Director General (e)
CMP 19186 RNE 27489

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
SAN BARTOLOME
Documento Autenticado

SRA. MONICA MARGARITA CALLAN SOTO
FEDATARIO
Reg. N° 23 Fecha 23 FEB. 2020



CESR/ASP/OC/wraf

c.c.

- DA
- OGC
- OAJ
- OEI
- Archivo

**HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
"SAN BARTOLOME"**

OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD



DOCUMENTO TECNICO:

**"PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA
CALIDAD" - 2020**



Lima, febrero 2020

Dr. Carlos Santillán Ramírez

Director General

Dr. Álvaro Santivañez Pimentel

Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

Lic. Gloria E. Asmat Bautista

Coordinadora del Equipo de Mejora Continua

INDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN.....	4
II. FINALIDAD.....	5
III. BASE LEGAL.....	5
IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	5
V. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	6
VI. OBJETIVO GENERAL.....	9
VII. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
VIII. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES POR OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
IX. RESPONSABILIDADES.....	10



I.- INTRODUCCION

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

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

El Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud" aprobado mediante RM N° 727-2009/MINSA, establece en su séptima política que "Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración cumplan las normas y estándares de infraestructura, de equipamiento, de aprovisionamiento de insumos, de procesos y resultados de la atención; aprobados por la Autoridad Sanitaria e implementen acciones de mejora de la calidad de la atención.

En el marco de los objetivos señalados la Oficina de Gestión de la Calidad ha programado en el presente año 2020 alcanzar como resultado el incremento de las intervenciones de mejora de la calidad y de seguridad de la atención, que contribuyan a la acreditación del Hospital, para brindar una atención segura y de calidad que se refleje en un mayor porcentaje de usuarios satisfechos por los servicios otorgados.

El presente Plan de Mejora continua de la Calidad es un Documento técnico que contribuye a disminuir las brechas existentes en los indicadores de calidad de los procesos asistenciales y administrativos a través de la Gestión de las relaciones con el usuario externo y la asistencia técnica para la elaboración, implementación e institucionalización de Acciones y Proyectos de mejora que minimicen los riesgos y los índices de insatisfacción para el logro de los objetivos institucionales trazados con un enfoque de Gestión por procesos, Promoción y Protección de los Derechos de los Usuarios.



II.- FINALIDAD

Contribuir al logro de los objetivos estratégicos institucionales, establecidos en el Sistema de Gestión de la Calidad, Política Nacional de Calidad en Salud y en los documentos de Gestión del HONADOMANI "San Bartolomé" mediante la identificación de procesos críticos y el mejoramiento continuo de los procesos.

III.- BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 042 – 2011-PCM, Aprueba la obligación de las Entidades del Sector Público de contar con un Libro de Reclamaciones.
- Decreto Supremo N° 031-2014-SA.- que aprueba Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD
- Decreto Supremo N° 027-2015-SA.- Reglamento de la Ley 29414, que establece el derecho de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 030-2016-SA.- Reglamento para la atención de Reclamos y Quejas de los usuarios de las Instituciones Administradoras 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° 002-2019-SA Aprueba 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 Unidad de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.
- Decreto Supremo N° 027-2019-SA Aprueba los Criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora para los servicios a cumplir en el año 2020, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de Salud al Servicio del Estado.
- Resolución Ministerial 884-2003-SA/DM, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.
- Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/DM, que aprueba el "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, que aprueba el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad.
- Resolución Ministerial N° 367-2016/MINSA, que aprueba el Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2016 – 2021.
- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueba las "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 1134 -2017/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 245-OGPPM/MINSA "Lineamientos para la implementación de la Gestión por Procesos y procedimientos en el Ministerio de Salud".
- Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 006-2019-PCM/SGP que aprueba Norma Técnica para la Gestión de la Calidad de Servicios en el Sector Público.



IV.- AMBITO DE APLICACION

El presente Plan de Mejora de la Calidad es de aplicación en todas las Unidades Productoras de Servicios de Salud que brindan atención al usuario externo a través de los procesos asistenciales y administrativos implementados en el HONADOMANI "San Bartolomé".

V.- DIAGNOSTICO SITUACIONAL

La Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad, define que los Proyectos de Mejora están orientados a generar resultados favorables en el desempeño y condiciones del entorno de los procesos críticos considerando las siguientes oportunidades de mejora:

1. Resultados de Evaluación de la Satisfacción de los usuarios externos.
2. Informe Anual del Libro de Reclamaciones.
3. Informe Epidemiológico sobre Tasas de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.
4. Resultados del Proceso de Autoevaluación para la Acreditación.
5. Informe de Rondas de Seguridad.

1.- Resultados de Evaluación de la Satisfacción de los usuarios externos.

Tabla N° 1.- Porcentajes de Satisfacción de los usuarios con la atención recibida en Consulta externa – Emergencia – Hospitalización. HONADOMANI "San Bartolomé" – Julio 2019

AREA	Porcentaje de Satisfacción (%) por Departamentos			GENERAL (%)
	GINECO OBSTETRICIA	PEDIATRIA	CIRUGIA PEDIATRICA	
CONSULTA EXTERNA	66.8	83.0	75.9	77.5
EMERGENCIA	68.5	65.4		66.7
HOSPITALIZACION	82.3	89.4	48.3	81.6

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad. HONADOMANI.SB

De los resultados de evaluación de la satisfacción de los usuarios externos se identifica que la mayor insatisfacción por la prestación recibida se encuentra con los usuarios del Servicio de Hospitalización del Departamento de Cirugía Pediátrica.

2.- Informe Anual del Libro de Reclamaciones

Tabla N° 2.- Total de Reclamos según temática. Enero – Diciembre 2019

Temática	Total	Porcentaje (%)
Maltrato al usuario externo	102	44.3
Inadecuada atención asistencial	34	14.8
Inadecuada información	46	20.0
Incumplimiento de horario de trabajo	12	5.2
Inadecuada atención administrativa	5	2.2
Otros	31	13.5
Total	230	100.0

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad. HONADOMANI.SB

El número total de reclamaciones presentadas por los usuarios externos en el año 2019 fue 245 reclamos, de los cuales 230 fueron considerados como procedentes y 15 improcedentes. Las principales causas de reclamos registrados fueron: Maltrato al usuario externo, Inadecuada información e inadecuada atención asistencial.

3.- Tasas de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.

La Oficina de Epidemiología realiza la vigilancia activa, selectiva y por factores de riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, reportando las siguientes Tasas de acuerdo a los valores de referencia nacional y por categoría de establecimiento III-1:

Tabla N° 3.-Tasas de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud 2019. HONADOMANI.SB

Tasas	Año 2019	Promedio nacional	Categoría de Establecimiento III-1
Endometritis por parto vaginal (Casos x 100 PV)	0.5	0.12	0.17
Endometritis por parto por cesárea (Casos x 100 cesáreas)	2.6	0.24	0.30
Infección de Sitio Operatorio en pacientes Post Cesárea (Casos x 100 cesáreas)	2.8	1.16	1.20
Tasa de ITS/CVC en UCI neonatal	3.8	4.92	4.51
Tasa de Neumonía/VM en UCI Neonatal	3.9	3.44	3.78

Fuente: Informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la IAAS 2019-HONADOMANI SB.

La Incidencia de Endometritis por parto vaginal y cesárea, ISO asociada a cesárea y la Tasa de Neumonía asociada a Ventilación Mecánica en la UCIN para el año 2019 se encontraron mayores a los valores referenciales.

4.- Resultados del Proceso de Autoevaluación para la Acreditación 2019

La articulación de los diversos esfuerzos por mejorar la calidad de la atención en una organización así como la medida en que se ha logrado organizarse para brindar una atención de calidad, se evalúa mediante los estándares de calidad. La evaluación por medio de los estándares de calidad se da en el proceso de la acreditación, la primera fase de la acreditación es la autoevaluación, en nuestra institución este proceso se realizó en el mes de setiembre 2019 alcanzando un resultado general de 73%, siendo el estándar esperado para la acreditación alcanzar una calificación igual o mayor a 85% del cumplimiento de los estándares nacionales previamente definidos.



Tabla N° 4.- Semaforización del cumplimiento de estándares detallado por macro procesos.
HONADOMANI "San Bartolomé". 2019

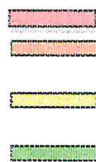
Macroprocesos	Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido por Macro proceso	Cumplimiento por Macro proceso (%)
Direccionamiento	47.88	38.02	79.41
Gestión de Recursos humanos	47.88	47.88	100.00
Gestión de la Calidad	47.88	43.79	91.46
Manejo del Riesgo de la Atención	47.88	44.46	92.86
Gestión de seguridad ante desastres	47.88	18.81	39.29
Control de la Gestión y Prestación	47.88	37.75	78.85
Atención Ambulatoria	47.88	31.12	65.00
Atención de Hospitalización	47.88	28.37	59.26
Atención de Emergencias	17.10	12.15	71.05
Atención Quirúrgica	17.10	12.73	74.47
Docencia e Investigación	47.88	45.60	95.24
Apoyo diagnóstico y tratamiento	17.10	12.05	70.45
Admisión y Alta	17.10	13.68	80.00
Referencia y contrarreferencia	17.10	16.09	94.12
Gestión de medicamentos	17.10	17.10	100.00
Gestión de la información	17.10	9.29	54.35
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	34.20	25.36	74.14
Manejo del riesgo social	17.10	12.44	72.73
Manejo de nutrición de pacientes	17.10	13.08	76.47
Gestión de insumos y materiales	17.10	15.78	92.31
Gestión de equipos e infraestructura	17.10	7.54	44.12

Fuente: Unidad de Garantía de la Calidad – OGC

TOTAL

73%

- Menos del 50%
- De 50% y menos del 70%
- De 70% y menos del 85
- De 85% a más



5.- Rondas de Seguridad 2019

Cuadro N°2: Monitoreo de Rondas de Seguridad. 2019

Mes	UPSS	% de Cumplimiento de Buenas Practicas	Implementación de las Acciones Correctivas				
			Total	Implementado	Proceso	No implementado	% de Cumplimiento
Febrero	Centro Quirúrgico	51%	28	14	4	10	50%
Abril	UCIM	44%	17	3	4	10	18%
Junio	Psicología	28%	20	4	7	9	20%
Agosto	Centro Obstétrico	46%	22	0	0	0	0%
TOTAL			65	14	4	10	22%

Fuente: Unidad de Seguridad del paciente - OGC

Fecha de Monitoreo: Noviembre 2019

Del informe de monitoreo de Rondas de Seguridad del año 2019 se identifica un bajo porcentaje de implementación de las acciones correctivas respecto al cumplimiento de buenas prácticas encontradas durante la aplicación de Rondas de Seguridad en los Servicios asistenciales de nuestra institución.

Estado actual de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad

Los Proyectos de Mejora están orientados a generar resultados favorables en el desempeño y condiciones del entorno a través del uso de herramienta y técnicas de la calidad contribuyendo a la mejora de los procesos institucionales y que influirán directamente en la satisfacción de los usuarios.

La Oficina de Gestión de la Calidad a través de la Unidad de Mejora Continua está asesorando a los departamentos y oficinas para el desarrollo de los Proyectos de Mejora indicados en la Tabla N° 5, cursando las diferentes etapas hasta llegar a la oficialización del proceso mejorado en la institución.

Tabla N° 5.- Proyectos de Mejora de la Calidad según etapas. HONADOMANI "San Bartolomé"

N°	NOMBRE DEL PROYECTO DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD	ETAPA DEL PROYECTO DE MEJORA (marcar con una x)				
		ESTUDIOS	IMPLEMENTACIÓN	SEGUIMIENTO	EVALUACIÓN	INSTITUCIONALIZACIÓN
1	MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION DEL PARTO EN CENTRO OBSTETRICO			X		
2	CONTINUIDAD DE LA ATENCION INTEGRAL ESPECIALIZADA A GRUPOS DE RIESGO Y EN PACIENTES CON PATOLOGIA ESPECIFICA		X			
3	MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION DEL PACIENTE QUIRURGICO PROGRAMADO PARA CIRUGIA ELECTIVA	X				
4	CONTROL DE ISO EN CESAREAS	X				

Fuente: Unidad de Mejora Continua de la Calidad – OGC

VI.- OBJETIVO GENERAL

Contribuir a la mejora de los procesos institucionales para el logro de estándares de calidad mediante la implementación de Acciones y Proyectos de Mejora que benefician la salud de los usuarios externos del HONADOMANI "San Bartolomé".



VII. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Brindar asesoría y asistencia técnica a los equipos de Proyectos de Mejora para su desarrollo según etapas en el HONADOMANI "San Bartolomé".
- 2) Realizar el seguimiento y evaluación de los Proyectos de Mejora del HONADOMANI "San Bartolomé".
- 3) Brindar asistencia técnica a las Jefaturas de Departamentos y Oficinas para el desarrollo de Acciones de Mejora en base a las recomendaciones de las Rondas de Seguridad ejecutadas en el HONADOMANI "San Bartolomé" durante el presente año.
- 4) Desarrollar un Proyecto de Mejora de un proceso priorizado con los Departamentos y Oficinas del HONADOMANI "San Bartolomé".

VIII. PROGRAMACION DE ACTIVIDADES POR OBJETIVOS ESPECIFICOS

Objetivo específico 1.- 1) Brindar asesoría y asistencia técnica a los equipos de Proyectos de Mejora para su desarrollo según etapas en el HONADOMANI "San Bartolomé".

Actividades

- a) Coordinación con Jefaturas de Departamento y Oficinas para la asesoría y asistencia técnica a los equipos de Proyectos de Mejora.
- b) Programación de asistencia técnica a los equipos de Mejora Continua.
- c) Asistencia técnica a equipos de mejora para el desarrollo de Proyectos de Mejora de la calidad.
- d) Elaboración de informe de asistencia técnica a los equipos de Proyectos de Mejora.

Objetivo específico 2.- Realizar el seguimiento y evaluación de los Proyectos de Mejora del HONADOMANI "San Bartolomé".

Actividades

- a) Coordinación con Jefaturas de Departamento y Oficinas para el seguimiento y evaluación de los Proyectos de Mejora.
- b) Programación del seguimiento y evaluación de los Proyectos de Mejora.
- c) Seguimiento y evaluación de los proyectos de mejora.
- d) Elaboración de informe del seguimiento y evaluación de los Proyectos de Mejora.

Objetivo específico 3.- Brindar asistencia técnica a las Jefaturas de Departamentos y Oficinas para el desarrollo de Acciones de Mejora en base a las recomendaciones de las Rondas de Seguridad ejecutadas en el HONADOMANI "San Bartolomé" durante el presente año.

Actividades

- a) Coordinación con Jefaturas de Departamento y Oficinas para el desarrollo de Acciones de Mejora.
- b) Programación de reuniones técnicas para la Planificación de las Acciones de Mejora.
- c) Desarrollo de reuniones técnicas para la implementación de Acciones de Mejora.
- d) Elaboración de informe de Acciones de Mejora implementadas con las Jefaturas de Departamentos y Oficinas.

Objetivo específico 4.- Desarrollar un Proyecto de Mejora de un proceso priorizado con los Departamentos y Oficinas del HONADOMANI "San Bartolomé".

- a) Coordinación con Jefaturas de Departamento y Oficinas para el desarrollo de un Proyecto de Mejora de un proceso priorizado.
- b) Programación de reuniones técnicas para la Elaboración del Proyecto de Mejora.
- c) Desarrollo de reuniones técnicas para la Implementación del Proyecto de Mejora.



- d) Monitoreo y Seguimiento del Proyecto de Mejora.
- e) Elaboración de informe del monitoreo y seguimiento del Proyecto de Mejora.

La presente programación ha sido incorporada en el Plan de Gestión de la Calidad 2020 del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".

IX. RESPONSABILIDADES

La Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, será responsable de la implementación del presente Plan de Mejora Continua de la Calidad a través de la Unidad de Mejora Continua.

MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI "SAN BARTOLOME"


Dra. GLORIA ELIZABETH ASMAT BAUTISTA
Coordinadora de Mejora Continua de la Calidad
C.O.P. N° 6551