



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Nacional Docente
Madre-Niño "San Bartolomé"

Nº 147 -DG-HONADOMANI-SB-2024



Resolución Directoral

Lima, 15 de Julio de 2024

VISTO:

El Expediente Nº 10829-24, y;

CONSIDERANDO:



Que, mediante la NT Nº 050-MINSA/DGSP-V.02-2007, Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece la planificación como una etapa previa a la Autoevaluación;

Que, la calidad en la prestación de salud es el resultado de los esfuerzos e intervenciones desplegadas, basado en la garantía de seguridad y trato humano para todos y cada uno de los usuarios. La obtención de la calidad en salud es una gesta de la integración de todos los actores del sector;



Que, en este contexto el Ministerio de Salud desarrolla e impulsa el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, esfuerzo de gran envergadura que tiene sus pilares en un accionar de mejora continua en el corto, mediano y largo plazo. A partir de su elaboración e implementación, desde hace casi seis años, la gestión de la calidad ha venido avanzando en la mejora de los procesos y procedimientos en salud, que busquen la satisfacción de los usuarios, posicionando la calidad en salud como un derecho ciudadano;



Que, en este proceso de fortalecer e institucionalizar la gestión de la calidad, la Acreditación, se convierte en una importante herramienta para la sostenibilidad; con ella se obtiene un compromiso claro de las organizaciones de salud por mejorar la calidad de atención al usuario, garantizando un entorno seguro y trabajando sistemáticamente en la reducción de riesgos, tanto para los usuarios como el personal, contribuyendo a obtener servicios de salud con un enfoque humano y social;



Que, en este contexto, la presente Norma Técnica establece que la Acreditación es un proceso por el cual una entidad es evaluada respecto a la organización de su atención sanitaria para determinar si cumple con una serie de requisitos diseñados para mejorar la calidad de atención. Implica la implementación y evaluación periódica de una serie de estándares previamente definidos, los que han sido agrupados según macroprocesos;

Que, para cada establecimiento de salud o servicio médico de apoyo, se consideran macroprocesos de orden gerencial, asistencial y de apoyo, dentro de los cuales se establecen estándares y atributos de calidad,

los que permiten evaluar el desempeño institucional y promover acciones de mejoramiento continuo en la atención en salud;

Que, tiene como finalidad contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, tiene como objetivo ofrecer evidencias a los usuarios de los servicios de salud, que las decisiones clínicas, no clínicas y preventivo-promocionales se manejan con atributos de calidad y se otorgan con el compromiso y la orientación de maximizar la satisfacción de los usuarios: **1.** Promover una cultura de calidad en todos los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo del país a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad. **2.** Dotar a los usuarios externos de información relevante para la selección del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo, por sus atributos de calidad. **3.** Las disposiciones de la presente norma técnica de salud son de aplicación en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos y privados, incluyendo a los de EsSalud, las Fuerzas Armadas, la Policía Nacional del Perú, los Gobiernos Regionales y los Gobiernos Locales, en el ámbito nacional, y comprende a los servicios prestados por terceros;



Que, mediante Nota Informativa N° 169-2024-OGC-HONADOMANI-SB, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad en atención a la Nota Informativa N° 043-2024-UGC-HONADOMANI-SB relacionado a la Resolución Ministerial N° 147-2024-MINSA de fecha 29 de febrero de 2024-NT N° 050-MINSA/DGSP-V.02-2007, que refiere sobre la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece la planificación como una etapa previa a la Autoevaluación, informa a la Dirección General que, en cumplimiento con el "Plan de Autoevaluación – 2024" elaborado por la Unidad de Garantía de la Oficina de Gestión de la Calidad, solicita su aprobación mediante Resolución Directoral y posteriormente la remisión a la DIRIS Lima Centro;



Que, mediante Proveído N°387-2024-OEPE-HONADOMANI-SB, el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, hace suyo en todos sus extremos el Informe N° 036-2024-UPO-OEPE-HONADOMANI-SB, elaborado por la Coordinadora del Equipo de Planeamiento y Organización de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, quien refiere y concluye que, el Equipo de Planeamiento y Organización de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico da opinión favorable sobre el anteproyecto del "Documento Técnico: "Plan de Autoevaluación 2024" del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", por lo que se recomienda remitir el presente documento a la Dirección General para que se prosiga el procedimiento para su aprobación.



Que, la acreditación es un proceso de evaluación periódica, basado en la comparación de desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, 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;

Que, la finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, la Norma Técnica de Salud para la acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo establece en el numeral 4 de la sección "Procedimientos para el Proceso de Autoevaluación" que este Plan requiere ser aprobado por la Autoridad Institucional, correspondiendo su oficialización y posterior remisión a la DIRIS Lima Centro;



Que, con Memorando N° 0346-2024-DG-HONADOMANI-SB, la Directora General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", solicita a la jefatura de la Oficina de Asesoría Jurídica, proyecte la correspondiente resolución;



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Nacional Docente
Madre-Niño "San Bartolomé"

Nº 147 -DG-HONADOMANI-SB-2024



Resolución Directoral

Lima, 15 de Julio de 2024

Con la visación de la Dirección Adjunta, de la Oficina de Gestión de la Calidad, 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 atribuciones y facultades conferidas a la Directora General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", mediante Resolución Ministerial N° 862-2023/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 Autoevaluación Para el Proceso de Acreditación - 2024**" del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"; por los fundamentos expuestos en su parte considerativa de la presente resolución.

Artículo Segundo.- Disponer que la Oficina de Gestión de la Calidad, implemente la difusión y aplicación interna del Documento Técnico: "Plan de Autoevaluación Para el Proceso de Acreditación-2024" aprobado en el Artículo 1° de la presente Resolución; asimismo, coordine su remisión a la DIRIS Lima Centro.

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 Resolución Directoral de la Aprobación del Documento Técnico: "Plan de Autoevaluación Para el Proceso de Acreditación - 2023", en la dirección electrónica www.sanbartolome.gob.pe.

Artículo Cuarto.- Notificar la presente Resolución Directoral a los interesados y a los estamentos correspondientes.

Regístrese, Comuníquese y Archívese,

RDLMLR/ RDLMLR/KAVG/AMCHN/RPAG/jcvo
C.C.

DA
OGC
OEPE
OAJ
OEI
Archivo

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



Plan de Autoevaluación 2024

**HOSPITAL NACIONAL
DOCENTE MADRE NIÑO
SAN BARTOLOME**

**OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD
UNIDAD DE GARANTIA DE LA CALIDAD**





PLAN AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION 2024
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN
BARTOLOME

Versión:

1

Fecha de
Elaboración

Julio 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: 21655
Revisado por:	Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	
Aprobado por:	Dirección General	MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME" Mc. Rocio De Las Mercedes León Rodríguez DIRECTORA GENERAL CMP, 31303 RNE: 14142



INDICE

	Pg.
I. INTRODUCCIÓN	4
II. FINALIDAD	4
III. OBJETIVOS	
Generales	4
Específicos	4
IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN	5
V. BASE LEGAL	5
VI. CONTENIDO	5
6.1 Aspectos técnicos Conceptuales.....	5- 6
6.2 Análisis de la situación actual del aspecto sanitario o administrativo	6
6.3 Articulación estratégica con los objetivos y acciones el PEI y POI	8
6.4 Actividades por objetivo	9-10
6.5 Presupuesto	11
6.6 Financiamiento.....	13
6.7 Acciones De Monitoreo, Supervisión y Evaluación del Plan.....	13
VII. RESPONSABILIDADES.....	13
VIII. ANEXOS.....	14
IX. BIBLIOGRAFIA.....	15



PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HONADOMANI SAN BARTOLOME

I. INTRODUCCIÓN

La acreditación en servicios de salud, es un proceso esencial para garantizar la calidad y seguridad en la atención médica. Este mecanismo se ha convertido en una herramienta fundamental para evaluar y mejorar continuamente los estándares de los servicios de salud, asegurando que las instituciones cumplan con los criterios establecidos por organismos acreditadores nacionales e internacionales. La acreditación no solo proporciona una evaluación objetiva de la calidad de la atención brindada, sino que también promueve una cultura de excelencia, transparencia y mejora continua dentro de las organizaciones de salud.

La Acreditación en servicios de salud, se rige por un conjunto de normativas y criterios específicos que buscan asegurar que las instituciones de salud ofrezcan servicios de alta calidad y seguridad para los pacientes. Este proceso implica una revisión exhaustiva de diversos aspectos de la atención sanitaria, incluyendo los componentes; Gerencial, Prestacional y de Apoyo tendientes a satisfacer las necesidades del paciente. Las instituciones que obtienen la acreditación demuestran su compromiso con la excelencia y la responsabilidad en la atención sanitaria.

El proceso de acreditación ofrece múltiples beneficios tanto para los pacientes como para las instituciones de salud. Para los pacientes, la acreditación significa recibir atención en un entorno seguro y confiable, con la certeza de que los procedimientos y tratamientos cumplen con los más altos estándares de calidad. Para las instituciones, la acreditación facilita la implementación de prácticas basadas en la evidencia, mejora la eficiencia operativa y fomenta la satisfacción del personal y los pacientes.

II. FINALIDAD

El Plan de Autoevaluación para la Acreditación de Establecimientos de Salud, permite que en el Hospital San Bartolomé se evalúen; sus procesos, servicios y resultados en relación con los estándares de calidad definidos en la Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP.V.02.2007. Norma técnica de Acreditación de Establecimientos de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

III. OBJETIVOS

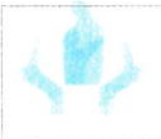
2.1 OBJETIVOS GENERAL

Estructurar y guiar el proceso de autoevaluación en el HONADOMANI San Bartolomé, mediante la evaluación de los aspectos del funcionamiento hospitalario e identificar fortalezas, áreas de mejora y garantizar una atención segura y de calidad a los usuarios

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- OE1. Gestionar las actividades previas al proceso de Autoevaluación
- OE2. Desarrollar el proceso de evaluación interna.



	PLAN AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN 2024 HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	Versión: Fecha de Elaboración :	1 Junio 2024
--	---	--	-----------------

OE3. Gestionar acciones de mejora basado en los resultados de la autoevaluación

IV. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan de Autoevaluación, es de aplicación en el HONADOMANI San Bartolomé para el proceso 2024.

V. BASE LEGAL

1. Ley N° 26842 - Ley General de Salud.
2. Ley N° 27444, "Ley de Procedimientos Administrativos General"
3. Decreto Ley N° 1161 "Ley de Organización y funciones del MINSA"
4. Ley N° 29344 - Ley Marco de Aseguramiento Universal
5. Ley N° 29414 - Ley Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud
6. Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud.
7. Ley N° 27927, que modifica la Ley N° 27806 Ley de transparencia y acceso a la información pública.
8. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médico de Apoyo.
9. Decreto Supremo N° 007-2016-SA, ROF del Ministerio de Salud, art 53° donde se establece el sistema de auditorías.
10. Resolución Ministerial N° 751-2004-MINSA, Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contra referencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud
11. Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/DM, Documento Técnico: Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
12. Resolución Ministerial N° 142-2007-MINSA, Documento Técnico: Estándares e indicadores de calidad en la atención Materna y Perinatal en los establecimientos que cumplen con funciones obstétricas neonatales.
13. Resolución Ministerial N° 456-2007-MINSA, Norma Técnica de Salud para la acreditación de establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo.
14. Resolución Ministerial N° 727-2009-MINSA, Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud.
15. Resolución Ministerial N° 546-2011-MINSA, Norma Técnica N° 021-MINSA/DGSP/V.03, Categorías de Establecimientos del Sector Salud.
16. Resolución Ministerial N° 502-2016-MINSA, Norma Técnica N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de Atención de la Calidad en Salud.
17. Resolución Ministerial N° 214-2018-MINSA, NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.

VI. CONTENIDOS

6.1 ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES (Definiciones operativas)

Autoevaluación

Es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud, cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos





previamente formados quienes hacen uso del listado de estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

Acreditación

Es un proceso de evaluación externa y voluntaria que verifica y certifica que un hospital cumple con estándares predeterminados de calidad y seguridad en la atención de salud. Este proceso está diseñado para garantizar que las instituciones sanitarias proporcionen servicios de alta calidad y seguros, fomentando la mejora continua y la excelencia en el cuidado de los pacientes.

El proceso de acreditación implica una revisión exhaustiva de todos los aspectos operativos del hospital, incluyendo la gestión administrativa, la calidad de los servicios clínicos, la seguridad del paciente, la competencia del personal y la eficiencia de los procesos. Al obtener la acreditación, un hospital demuestra su compromiso con la calidad y la seguridad, generando confianza tanto entre los pacientes como entre los profesionales de la salud y las entidades reguladoras.

Atributo de calidad

Ayudan a los hospitales a enfocarse en áreas clave que impactan directamente con la calidad de los servicios de salud, facilitando la evaluación y mejora continua de sus procesos y resultados, lo que permite medir la excelencia en la atención y los servicios de salud proporcionados por una institución. Estos atributos son indicadores clave que se utilizan para evaluar y garantizar que un hospital cumple con los estándares establecidos de calidad y seguridad en la atención sanitaria, entre ellos ; Cultura de calidad, Seguridad del Paciente, Efectividad Clínica, Atención Centrada en el Paciente, Accesibilidad, Eficiencia, Equidad.

6.2 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO O ADMINISTRATIVO

6.2.1 Antecedentes

La NT N°050-MINSA/DGSP-V.02-2007. Norma técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece la planificación como una etapa previa a la autoevaluación. En el capítulo Procedimiento para el Proceso de Acreditación, consignan que se debe elaborar el plan de autoevaluación, el cual debe ser aprobado por la autoridad institucional.

En el marco del artículo N°15 del Decreto Legislativo N°1153, Decreto que regula la Política Integral de Compensaciones y Entrega Económica del Personal de la Salud al Servicio del Estado y la Directiva Administrativa N°342-MINSA/2023/DGOS, establecen el cumplimiento de los Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora que monitoriza el MINSA y la DIRIS mediante la ficha N°44. "Fortalecimiento de la Autoevaluación de los estándares



de la Calidad en la atención de Salud”, consignan que los Establecimientos de Salud cuenten con un Plan de Autoevaluación para el periodo 2024, actividad de cumplimiento obligatorio cuyo plazo de entrega al MINSA es el 31 de julio del 2024.

6.2.2 Problema

El equipo de profesionales responsables de la evaluación, con frecuencia renuncian, por lo tanto se debe reestructurar el equipo, lo que no permite dar continuidad a las actividades programadas.

6.2.3 Causas del Problema

Los evaluadores justifican que las causas son las siguientes;

- ✓ Las horas adicionales trabajadas por los evaluadores internos no son reconocidas como horas libres.
- ✓ No se otorgan permisos para participar en actividades de la autoevaluación
- ✓ No se cuenta con material de escritorio suficiente para realizar el proceso de autoevaluación.

6.2.4 Población ó entidades objetivo:

La población objetivo son las diferentes áreas que participan del proceso de Autoevaluación; Gerencial, Prestacional y de Apoyo.

6.2.5 Alternativa de solución

En la Resolución Directoral que acompaña a la designación del equipo de evaluadores internos, se deberá consignar las facilidades que sus respectivas jefaturas deben concederles, programando sus labores y realizar las actividades de la autoevaluación.

6.2.6 Equipo de Acreditación y Evaluadores internos

Promueve la difusión y el conocimiento del listado de estándares de acreditación entre el personal del establecimiento de salud o servicio médicos de apoyo.

En el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, el equipo de acreditación cuenta con el equipo de acreditación reconocido oficialmente con RD N°119- 2022-DG-HONADOMANI SB 22 agosto del 2022.

Equipo de Acreditación del HONADOMANI SB

Cargo	
-------	--

1. Director Adjunto





2. Director Ejecutiva de Administración
3. Jefe del Departamento de Gineco /Obstetricia
4. Jefe del Departamento de Cirugía Pediátrica
5. Jefe del Departamento de Enfermería
6. Jefe del Departamento de Pediatría
7. Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos
8. Jefe del Departamento de Apoyo al tratamiento
9. Jefe del Departamento de Ayuda al Diagnostico
10. Jefe del Departamento de la Oficina de Estadística e Informática
11. Jefe del Departamento de Apoyo al Tratamiento
12. Jefe del Departamento de Ayuda al Diagnostico
13. Jefe del Departamento de Apoyo al tratamiento Est. e Informática
14. Jefe de la Oficina de Docencia e Investigación
15. Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
16. Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
17. Jefe de la Oficina de Personal
18. Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento

El Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé cuenta con el equipo de Evaluadores internos RD N°106-2024-DG-HONADOMANI 21 Mayo del 2024

Equipo de Autoevaluación del HONADOMANI SB

Nombres y Apellidos

1. MC. Valdivia Vera, Edson
2. MC. Ramírez Valladares, Maria Jesús
3. MC. Bendezú Ibarra, Fanny Beatriz
4. MC. Aranda Alberto, Mery
5. MC. Diaz Falcón, Augusto Wilfredo
6. Lic. Enf. Huamán Astocóndor, Flor de Maria
7. Lic. Enf. Ortiz Socualaya, Mary Mercedes
8. Lic. Enf. Melgar Salcedo, Pilar Nancy
9. Lic. Enf. Regalado Villegas, Dianira
10. Lic. Enf. Gonzales Gamarra, Ramiro Alis
11. Lic. Enf. Macassi Meza, Carmen Jackeline
12. Lic. Enf. Candia Fabian, Celeste
13. Lic. Enf. Ascona Briceño, Adita
14. Adm. Terán Vásquez, Miluska Araceli
15. Odont. Meza Cañari, Adolfo Jaime
16. Obst. Huamaní Valdivia, Felia
17. Obst Zapata Romero, Lidia Teodora
18. CPC. Chávez Espiritu, Eda Marlene

6.3 ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL PEI Y ARTICULACION OPERATIVA CON LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS DEL POI

Las actividades del presente plan se alinean al Objetivo Estratégico OEI 04 Fortalecer la rectoría y la gobernanza sobre el sistema de salud y la gestión institucional para el desempeño eficiente; ético e íntegro; en el marco de la



modernización de la gestión pública en su Acción Estratégica AOEI.04.2. Gestión orientada a resultados al servicio de la población con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados del Plan Estratégico Institucional 2019-2027 ampliado del Ministerio de Salud, aprobado por Resolución Ministerial N° 172-2024-MINSA.

Asimismo, se encuentra articulado operativamente a la Categoría Presupuestal 9001 Acciones Centrales, Actividad presupuestal 5000003 Gestión Administrativa de la Oficina de Gestión de la Calidad.

Tabla N° 1 Articulación del Plan de Autoevaluación con el PEI

OBJETIVO ESTRATEGICO		ACCION ESTRATEGICA		Alineamiento con las Categorías Presupuestales del POI	Objetivo General del Plan
OEI.04	Fortalecer la rectoría y la gobernanza sobre el sistema de salud y la gestión institucional para el desempeño eficientes; ético e íntegro; en el marco de la modernización dela gestión publica	AEI.04.02	Gestión orientada a resultados al servicio de la población con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados	Alineamiento con las Categorías Presupuestales del POI	Estructurar las actividades internas que realizaran los integrantes de los comités del hospital a fin de mejorar procesos y garantizar el cumplimiento de regular y cumplir políticas internas.

Fuente: Plan Estratégico Institucional 2023-2025 Ampliado

6.4 ACTIVIDADES POR OBJETIVOS

6.4.1. Descripción operativa

Tabla N° 2 Articulación del Plan de Autoevaluación con el POI

CATEGORIA PRESUPUESTAL	CENTRO DE COSTO EN CEPLAN	PRODUCTO	ACTIVIDADE OPERATIVA	UNIDAD DE MEDIDA
9001-ACCIONES CENTRALES	Oficina de Gestión de la Calidad	3999999	Elaboración del plan anual de auditoria de la calidad de atención	ACCION

Fuente: Plan Operativo Institucional 2023

6.4.2 Unidad de Medida, Metas y Responsables





Tabla N° 3 Actividades articuladas a los objetivos específicos

PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE AUTOEVALUACION				
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	RESPONSABLE
OE1. Gestionar las actividades previas al proceso de Autoevaluación	Elaboración el Plan Anual de autoevaluación 2024	Plan elaborado	1	UGC Of. Calidad
	Gestionar la aprobación del Plan anual de autoevaluación	R.D.	1	UGC Dirección General
	Actualizar los integrantes del equipo de autoevaluación	R.D.	1	Dirección General
	Revisión y validación de los instrumentos de evaluación	Actividad	1	UGC/OGC
	Elaborar el plan de capacitación a los nuevos integrantes del equipo de EI	Plan elaborado	1	UGC/ OGC
	Desarrollar la capacitación a los nuevos integrantes del equipo de EI	Informe	1	UGC./OGC
	Elaborar el informe de capacitación	Informe	1	UGC/ OGC
	Gestionar el inicio de la autoevaluación	Actividad	1	Dirección General
	Elaborar el portafolio para los evaluadores internos	Actividad	1	UGC/ OGC
	Organizar el acto protocolar de inicio del proceso de autoevaluación.	Actividad	1	UGC/OGC
OE.2. Desarrollar el proceso evaluación interna.	Aplicación del listado de estándares	Actividad	1	UGC/ OGC
	Asistencia técnica a los equipos de evaluadores internos	Actividad	1	UGC/ OGC
	Gestionar las reuniones diarias post autoevaluación y recogimiento de informes diarios	Actividad	1	UGC/ OGC
OE.3. Gestionar las acciones basado en los resultados de la autoevaluación	Recepción y revisión de los informes cualitativos y cuantitativos de los evaluadores internos	Actividad	1	UGC/OGC
	Consolidar la información de los evaluadores internos	Actividad	1	UGC/OGC
	Procesamiento de datos del aplicativo	Información ingresada	1	UGC/ OGC
	Análisis de resultados y presentación de sugerencias y recomendaciones por macro procesos	Actividad	1	UGC/OGC
	Elaboración del plan de mejora post autoevaluación	Actividad	1	UGC/OGC

6.4.3 Costeo de las actividades

Para la determinación de los insumos se los puede agrupar por objetivos o por cada Una de las actividades

Tabla N° 4 Insumos requeridos para la implementación de actividades Plan de Autoevaluación

Objetivos Específicos	Actividad	Insumo	Unidad de medida	Cantidad	Valorización
OE1. Gestionar las actividades previas al proceso de Autoevaluación.	Elaboración el Plan Anual de autoevaluación 2024	Recurso humano (4ds)	Plan elaborado R.D.	1	990
	Gestionar la aprobación del Plan anual de autoevaluación				
	Actualizar los integrantes del equipo de autoevaluación	Recurso humano (2ds)	RD Evaluadores internos	1	526
	Revisión y validación de los instrumentos de evaluación				
	Elaborar el plan de capacitación a los nuevos integrantes del equipo de EI	Impresión Equipo informático	Plan elaborado		
	Desarrollar la capacitación a los nuevos integrantes del equipo de Evaluadores internos	Recurso humano (5 hrs)	Capacitación	10	660
	Elaborar el informe de capacitación		Informe	1	200
	Gestionar el inicio de la autoevaluación	Equipo multimedia	Actividad	1	200
	Elaborar el portafolio para los evaluadores internos		Actividad	1	100
	Organizar el acto protocolar de inicio del proceso de autoevaluación.	Papel bond	Actividad	1	100
OE.2. Desarrollar el proceso de evaluación interna.	Aplicación del listado de estándares	Recurso humano	Actividad	1	17820
	Asistencia técnica a los equipos de evaluadores internos	Papel bond Impresión	Actividad	1	4000
	Gestionar las reuniones diarias post autoevaluación y recogimiento de informes diarios		Actividad	1	150
OE.3. Gestionar las acciones basado en los resultados de la autoevaluación	Recepción y revisión de los informes cualitativos y cuantitativos de los evaluadores internos	Recurso humano	Actividad	21	396
	Consolidar la información de los evaluadores internos		Actividad	21	396
	Procesamiento de datos del aplicativo	Equipo de informática	Información ingresada	1	396
	Análisis de resultados y presentación de sugerencias y recomendaciones macro procesos	Papel bond	Actividad	1	792
	Elaboración del plan de mejora post autoevaluación	Impresión	Actividad	1	792
					s/. 26,330



6.4.4. Cronograma de actividades

Tabla N°5 Matriz de Programación de Actividades

OBJETIVO GENERAL	Estructurar y guiar el proceso de autoevaluación en el HONADOMANI San Bartolomé, mediante la evaluación de los aspectos del funcionamiento hospitalario e identificar fortalezas y áreas de mejora y garantizar una atención segura y de calidad a los usuarios																																		
OBJETIVOS ESPECÍFICO	ACTIVIDAD / TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS																RESPONSABLE																
			Mayo				Junio				Julio				Agosto					Setiem.				Octubre.				Noviem.				Diciem.			
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
OE.1 Gestionar las actividades Previas al proceso de Autoevaluación.	Revisión y validación de los instrumentos de evaluación	Actividad																																	UGC/OGC
	Elaborar el plan de capacitación a los nuevos integrantes del equipo de EI	Plan elaborado																																	UGC/OGC
	Desarrollar la capacitación a los nuevos integrantes del equipo de EI	Capacitación																																	UGC/OGC
	Elaborar el informe de capacitación	Informe																																	UGC/OGC
	Gestionar el inicio de la autoevaluación	Actividad																																	Dirección General
	Elaborar el portafolio para los evaluadores internos	Actividad																																	UGC/OGC
	Organizar el acto protocolar de inicio del proceso de autoevaluación.	Actividad																																	UGC/OGC
OE.2. Desarrollar el proceso de evaluación interna.	Aplicación del listado de estándares	Actividad																																	UGC/ OGC
	Asistencia técnica a los equipos de evaluadores internos	Actividad																																	UGC/ OGC
	Gestionar las reuniones diarias post autoevaluación y recogimiento de informes diarios	Actividad																																	UGC/ OGC
OE.3. Gestionar las acciones basado en los resultados de la autoevaluación	Recepción y revisión de los informes cualitativos y cuantitativos de los evaluadores internos	Actividad																																	UGC/OGC
	Consolidar la información de los evaluadores internos	Actividad																																	UGC/OGC
	Procesamiento de datos del aplicativo	Actividad																																	UGC/ OGC
	Análisis de resultados y presentación de sugerencias y recomendaciones por macro procesos	Informe																																	UGC/OGC
	Elaboración del plan de mejora post autoevaluación	Plan elaborado																																	UGC/OGC

	PLAN DE ANUAL DE AUDITORIA 2024 HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	Versión: Fecha de Elaboración :	1 Mayo 2024
---	---	--	----------------

6.5 Financiamiento

No corresponde

6.6 ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN

El seguimiento, monitoreo y evaluación del presente Plan de Autoevaluación se realizará al concluir el proceso de autoevaluación, para ello se elaborará un informe.

Informe semestral del Avance del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud

Actividad	Unidad	MESES												Responsable
		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1° monitoreo	Informe													UGC/OGC

VII. RESPONSABILIDADES**7.1 Del Director del Hospital**

- ✓ Aprobar el Plan de Anual de Autoevaluación de la Calidad de Atención en salud 2024.
- ✓ Expedir la resolución directoral de conformación del equipo de Evaluadores Internos
- ✓ Asegurar los recursos adecuados para la operatividad de la autoevaluación
- ✓ Disponer que los integrantes del equipo de evaluadores internos participen del proceso compensando horas de trabajo
- ✓ Disponer a las áreas gerenciales, prestacionales y de apoyo, cumplir con el proceso de autoevaluación según cronograma establecido en el presente plan.
- ✓ Destina recursos para la realización de la autoevaluación, evaluación externa y para las acciones de mejoramiento continuo.

7.2 De la Oficina de Gestión de la Calidad del HONADOMANI SB

Coordinar las acciones de la autoevaluación en las tres fases (antes, durante y al concluir el proceso)

Elaboración del plan de autoevaluación y verificar el cumplimiento de las actividades programadas en el Plan.

7.3 Del equipo de evaluadores internos

- ✓ Tiene la responsabilidad de ejecutar las Actividades contenidas en el plan de autoevaluación.
- ✓ Propone acciones de mejoramiento continuo
- ✓ Emite un informe técnico de evaluación
- ✓ Rinde cuentas de su desempeño a la Dirección y Oficina de Calidad.
- ✓ Observa las disposiciones establecidas en el código de ética del Servidor Público.

	PLAN DE ANUAL DE AUDITORIA 2024 HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	Versión:	1
		Fecha de Elaboración	Mayo 2024

ÓRGANO	Oficina de Gestión de la Calidad																	
OBJETIVO GENERAL:																		
OBJETIVOS ESPECÍFICO S	ACTIVIDAD / TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS															
			Prog	Ejec	% Ejec	Prog	Ejec	% Ejec	Prog	Ejec	% Ejec	Prog	Ejec	% Ejec	Prog	Ejec	% Ejec	



	PLAN DE ANUAL DE AUDITORIA 2024 HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME	Versión:	1
		Fecha de Elaboración	Mayo 2024

BIBLIOGRAFIA

NT N°050-MINSA/DGSP-V.02-2007. Norma técnica de Acreditación de Establecimientos de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo

Resolución Ministerial N°147-2024-Minsa del 29 de febrero del 2024, se aprueba la Directiva N°354-MINSA /2024/DGOS, Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la elaboración, suscripción, monitoreo y evaluación de los convenios de gestión 2024,

