



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Nacional Docente
Madre-Niño "San Bartolomé"

Nº 069 -2025-DG-HONADOMANI-SB



Resolución Directoral

Lima, 13 de MARZO de 2025

VISTO:

El Expediente N°02687-25, y;

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud dispone que: *"La salud es 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. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla vigilarla y promoverla"*;



Que, la Ley N° 27658 – Ley Marco de la Modernización de la Gestión del Estado, declara al Estado Peruano en proceso de modernización en sus diferentes instancias, dependencias, entidades, organizaciones y procedimientos, con la finalidad de mejorar la gestión pública y construir un Estado democrático, descentralizado al servicio del ciudadano;



Que, mediante Resolución Ministerial N°826-2021/MINSA, se resuelve aprobar el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuya finalidad es fortalecer el rol de Rectoría Sectorial del Ministerio de Salud, ordenando la producción normativa de la función de regulación que cumple como Autoridad Nacional de Salud (ANS) a través de sus Direcciones u Oficinas Generales, Órganos Desconcentrados y Organismos Públicos Adscritos; cuyo Objetivo General consiste en establecer las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos, que expide el Ministerio de Salud, en el marco de sus funciones rectoras;



Que, con Resolución Ministerial N°090-2022/MINSA se aprueba 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, el numeral 6.1.1., establece la estructura del plan específico;



Que, mediante Nota Informativa N°027-2025-OGC-HONADOMANI-SB, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad informa a la Dirección General que en cumplimiento de los criterios de programación de actividades EESS con Categoría II y III - 2025, del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud - Unidad funcional de Gestión de la Calidad en Salud, DIRIS Lima Centro - Criterios de Programación, se ha elaborado el Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2025, la cual está desarrollada de acuerdo a la metodología planteada por la Oficina de Planeamiento Estratégico, el mismo que se solicita revisión y aprobación. ;

Que, con Proveído N°084-2025-OEPE-HONADOMANI-SB, el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, hace suyo en todos sus extremos la Nota Informativa N°008-2025-UP-OEPE-HONADOMANI-SB, emite opinión favorable al presente anteproyecto del "Plan de Gestión de Calidad 2025", indicando que los objetivos están alineados al Plan Operativo Institucional 2025 del HONADOMANI "San Bartolomé";

Que, mediante Proveído N°114-2025-OEPE-HONADOMANI-SB el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, consolida el Informe N°12-2025-UPO-OEPE-HONADOMANI-SB y la Nota Informativa N°016-2025-EP-OEPE-HONADOMANI-SB emitida por el Jefe del Equipo de Presupuesto (e) de

la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, concluye que, el Equipo de Planeamiento de la OEPE del HONADOMANI-SB, informa que se cuenta con los recursos presupuestarios, con cargo al presupuesto institucional y clasificadores económicos autorizados por la DGPPM del MINSA para el año 2025, por el importe de S/.55,025.71 para llevar a cabo la aprobación del anteproyecto del Documento Técnico: "Plan de Gestión de la Calidad 2025" y recomienda seguir con los trámites administrativos correspondientes a su aprobación;

Que, a través del Memorando N°126-2025-DG-HONADOMANI-SB, la Directora General remite el expediente a la Jefatura de la Oficina de Asesoría Jurídica solicita proyectar el acto resolutivo correspondiente;

Que, con Nota Informativa N°136-2025-DG-HONADOMANI-SB, la Oficina de Asesoría Jurídica verificando que lo solicitado es acorde a la normativa invocada, emite el correspondiente acto resolutivo;

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

En uso de las facultades y atribuciones conferidas mediante Resolución Ministerial N°862-2023/MINSA, como Directora General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" y de acuerdo al 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 Primero.- Aprobar el Documento Técnico: "*Plan de Gestión de la Calidad 2025*" del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", el cual consta de Cincuenta (50) folios incluido el anexo 1, que se adjunta a la presente Resolución Directoral.

Artículo Segundo.- Disponer que la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", se encargue de la difusión, cumplimiento, implementación, monitoreo y evaluación del "Plan de Gestión de la Calidad 2025".

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 en el portal de la página web del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" www.sanbartolome.gob.pe.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese,



RDMLR/ RDMLR/AMCHN/KAVG/RPAG/jcvo
c.c.

- DA
- OEPE
- OGC
- 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

RESOLUCIÓN DIRECTORAL
Nº -DG-HONADOMANI-SB-2025



DOCUMENTO TÉCNICO:
PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2025
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
“SAN BARTOLOME”



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Nacional Docente
Madre Niño San Bartolomé



	PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2025 HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	Versión: 1 Fecha de Elaboración: FEBRERO 2025
---	--	--

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	  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	  Econ. Arturo Martín Chávez Nuñez CEL 06786
	Oficina de Asesoría Jurídica	  Abog. RICARDO P. AYALA GORDILLO Reg. CAL. N° 26112 Jefe(s) de la Oficina de Asesoría Jurídica
Aprobado por:	Dirección General	  Mc. Rocio De Las Mercedes León Rodríguez DIRECTORA GENERAL CMP: 31303 RNE: 14142



INDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	4
II. FINALIDAD	4
III. OBJETIVOS	4
3.1. Objetivo General	4
3.2. Objetivos Específicos	4
3.3. ÁMBITO DE APLICACIÓN	5
IV. BASE LEGAL	5
V. CONTENIDO	7
5.1. ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES	7
5.2. IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL HONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ"	9
5.3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	15
5.4. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL PEI Y ARTICULACIÓN OPERATIVA CON LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS DEL POI 4225.....	42
5.5. ACTIVIDADES POR OBJETIVOS	42
5.6. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO	42
5.7. ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN.....	46
VI. RESPONSABILIDADES	47
VII. ANEXOS	47
VIII. BIBLIOGRAFÍA.....	47





I. INTRODUCCIÓN

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 actividades 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".

En el marco de los objetivos señalados la Oficina de Gestión de la Calidad se ha planteado en el presente año 2025, alcanzar como resultado, fortalecer la efectividad 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 centrada en el usuario.

El presente plan representa el esfuerzo de todos los Equipos de la Oficina de Gestión de la Calidad para integrar sus actividades, considerando además su monitoreo y la evaluación de los resultados en un solo instrumento de gestión, que permita el abordaje integral del trabajo en calidad que nos vemos impulsados y comprometidos en realizar para el logro de los objetivos institucionales, con un énfasis mayor en las rondas de seguridad y la autoevaluación para la acreditación.

Con la finalidad de alcanzar los objetivos institucionales de calidad trazados, se ha seguido los lineamientos emanados de la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad del MINSA, pero también recogiendo la problemática propia de nuestro hospital.

II. FINALIDAD

Contribuir al logro de los objetivos estratégicos institucionales y a la garantía de la calidad de la atención a los pacientes, cumpliendo los estándares de calidad de los servicios de salud establecidos.

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Fortalecer las intervenciones de seguridad de la atención, la gestión de riesgos, la mejora continua y la cultura de calidad, que conduzcan a la acreditación del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé para la satisfacción de los usuarios.

3.2. Objetivos Específicos

OE1. Fortalecer la organización de la calidad, las buenas prácticas de atención y gestión de riesgo para la seguridad del paciente

OE2. Mejorar los procesos de atención al usuario externo en salud

OE3. Desarrollar mecanismos de atención e información al usuario

OE4. Evaluar la calidad técnica de atención en salud



	PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2025 HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME	Versión:	1
		Fecha de Elaboración:	FEBRERO 2025

3.3. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan de gestión de la calidad es de aplicación en todos los Órganos y Unidades Orgánicas del HONADOMANI "San Bartolomé" (áreas asistenciales y administrativas).

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Decreto Supremo N°002-2019-SA Reglamento para la Gestión de Reclamos y denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud-IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.
- Decreto de Urgencia N° 017-2019, que establece medidas para la cobertura universal de salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006 - SA "Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Decreto Supremo N° 031-2014-SA.- Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD.
- Decreto Supremo N° 027-2015-SA.- Reglamento de la Ley 29414 Ley que Establece el Derecho de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 022-2024-SA.- Decreto Supremo que define el listado de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2025, las fichas técnicas y los scripts para su aplicación e implementación 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 la salud al servicio del Estado.
- Resolución de Secretaría de Gestión Pública N°001-2019-PCM/SGP – aprueba – Norma Técnica N°001-2019 PCM/SGP Norma Técnica para la Gestión de la Calidad de Servicios en el Sector Público.
- 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° 1021-2010-MINSA aprueba "Guía técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía"
- 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: "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad".
- Resolución Ministerial N° 414-2015-MINSA aprueba el Documento Técnico: "Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica"
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la "NTS N° 029 MINSA/DIGEPRES-V.02, Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud"
- Resolución Ministerial N° 811-2018/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N°251-MINSA/2018/DGOS, "Directiva para la elaboración e implementación del Plan Cero Colas en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) adscritas al Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN: "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud".
- Resolución Ministerial N° 251-2020-MINSA, que establece el 5 de mayo como el "Día Nacional de Higiene de Manos".
- Resolución Ministerial N° 316-2020-MINSA. Comité de Vigilancia de asignación y uso de Equipos de Protección Personal.
- Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"
- Resolución Ministerial N°090-2022/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N°326-MINSA/OGPPM-2023 Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud.
- Resolución Directoral N° 086-2023-DG-HONADOMANI –SB que aprueba la "Directiva Administrativa N° 002- HONADOMANISB/OEPE-2023 que establece Lineamientos para la Formulación, Revisión, Aprobación, Modificación y Difusión de Documentos Normativos" del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".
- Resolución Directoral N°084 -DG-HONADOMANI-SB-2017, que aprueba la Directiva Administrativa N°01.2017. V.01, Directiva "Para la Implementación y Funcionamiento de la Plataforma de Atención al Usuario en el Hospital Nacional Docente Madre Niño – San Bartolomé".
- Resolución Directoral N°014-DG-HONADOMANI-SB-2018, que aprueba la Guía Técnica: Metodología para el Análisis de Causa Raíz de Eventos Centinela, del Hospital Nacional Docente Madre - Niño San Bartolomé.
- Resolución Directoral N°125-2018-DG-HONADOMANI-SB, que aprueba el Documento Técnico: Instructivo para el Llenado de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Resolución Directoral N°084 -DG - HONADOMANI - SB/2021, que aprueba el Documento Técnico: Rondas de Seguridad en Tiempos de COVID-19 del Hospital Nacional Docente Madre niño San Bartolomé.
- Resolución Directoral N°157-2021-DG-HONADOMANI-SB, que aprueba el Documento Técnico: Manual Metodológico para el Desarrollo de Proyectos de Mejora de la Calidad en el Hospital Nacional Docente Madre Nilo San Bartolomé.



	PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2025 HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	Versión: Fecha de Elaboración:	1 FEBRERO 2025
---	--	---	---------------------------------

- Resolución Directoral N°086-2021-DG-HONADOMANI-SB, que aprueba el Documento Técnico: Manual para el Desarrollo de Entrevistas en Profundidad en el Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Docente Madre Nilo San Bartolomé.
- Resolución Directoral N° 075-2022-DG- HONADOMANI-SB, que aprueba la Directiva Sanitaria N°001-HONADOMANI-SB-OGC-2022, para la implementación del Sistema de Notificación de Incidentes de Seguridad en el Hospital Nacional Docente Madre - Niño San Bartolomé.
- Resolución Directoral N° 055-2023-DG-HONADOMANI –SB, que aprueba la Lista de Verificación de la Seguridad del Parto Vaginal (LVSPV) del departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.
- Resolución Directoral N° 219-2023-DG-HONADOMANI-SB, que aprueba la Guía Técnica para la Elaboración de las Guías de Procedimiento Asistencial del Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé.
- Resolución Directoral N° 062-2023 DG-HONADOMANI-SB, que aprueba la Guía Técnica: "Metodología para Evaluación del Uso y Grado de Adherencia a las Guías de Práctica Clínica (GPC) y Guías de Procedimiento Asistencial (GPA) en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé" 2023.

V. CONTENIDO

5.1. ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES

5.1.1 Calidad

La calidad de la atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios para el usuario" (1)

5.1.2 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. (1)

5.1.3 Sistema de Gestión de Calidad

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. (1)

5.1.4 Mejora continua de la calidad

La mejora continua del desempeño global de la organización debe generar una necesidad permanente de elevar los estándares de calidad técnicos, humanos y administrativos. (2)

5.1.5 Equipo de mejora

Conjunto de personas que buscan resolver un problema. Se forma para trabajar en un periodo de tiempo y debe estar integrado por representantes de todas las áreas o servicios que intervienen en el proceso que se desea mejorar. (2)

5.1.6 Proyecto de mejora



Son proyectos orientados a generar resultados favorables en el desempeño y condiciones del entorno a través del uso de herramientas y técnicas de calidad. (2)

5.1.7 Acciones de mejora

Conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización que agregan valor a los productos. (2)

5.1.8 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 que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. (3)

5.1.9 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. (3)

5.1.10 Acreditación

Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud 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. (1)

5.1.11 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 se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro. (1)

5.1.12 Cultura de Seguridad del paciente

Es el patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de atención en salud. (1)

5.1.13 Satisfacción del usuario externo

Grado de cumplimiento por parte de la organización de salud, respecto a las expectativas y percepciones del usuario en relación con los servicios que esta le ofrece. (4)

5.1.14 Reclamo

Manifestación verbal o escrita, efectuada ante la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS por un usuario o tercero legitimado ante la insatisfacción respecto de los servicios, prestaciones o coberturas solicitadas o recibidas de estas, relacionadas a su atención en salud. (4)

5.1.15 Denuncia

Manifestación expresa presentada ante SUSALUD sobre acciones u omisiones de la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS respecto a los hechos o actos que pudieran constituir presunta vulneración de los derechos de los usuarios



	PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2025 HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	Versión: 1 Fecha de Elaboración: FEBRERO 2025
---	--	--

de los servicios de salud, ante la insatisfacción respecto de los servicios, prestaciones o coberturas; o frente la negativa de atención de su reclamo; o disconformidad con el resultado de este; o irregularidad en su tramitación por parte de estas. (4)

5.2. IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL HONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ"

El Sistema de Gestión de la Calidad del HONADOMANI San Bartolomé, está articulado a la Política Nacional de Calidad en Salud aprobada mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA; por lo tanto, contribuye a la implementación de las políticas referentes a las Organizaciones Proveedoras de Atención de Salud y sus Establecimientos de Salud.

El HONADOMANI San Bartolomé, establece y dirige estrategias de implementación de la política nacional de calidad, mediante sistemas y procesos organizacionales orientados al desarrollo de una cultura centrada en las personas y que hace de la mejora continua su tarea central.

El objetivo es garantizar la adecuada implementación de las políticas nacionales de calidad utilizando como estrategia la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad de la Atención de Salud.

En ese marco, el presente Plan de Gestión de la Calidad se articula con las siguientes Políticas Nacionales de Calidad de la Atención en Salud:

Séptima Política:

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.

- **Objetivo:** Mejorar la calidad de la atención de salud de manera sistemática y permanente.
- **Estrategias:** Acreditación de establecimientos y servicios médicos de apoyo. Implementación de planes, programas y procesos de mejora de la calidad de la atención en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

Octava Política:

Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración implementen mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud.

- **Objetivo:** Reducir la ocurrencia de eventos adversos durante el proceso de atención de salud y atenuar sus efectos.
- **Estrategias:** Implementación de mecanismos de información sobre la ocurrencia de incidentes y eventos adversos. Implementación de planes de seguridad para la gestión de la reducción y mitigación de los riesgos derivados de la atención.

Novena Política:

Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración protejan los derechos de los usuarios, promuevan y velen por un trato digno, asimismo, fomenten prácticas de atención adecuadas a los



	PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2025 HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME	Versión: 1 Fecha de Elaboración:	FEBRERO 2025
---	--	--	-----------------

enfoques de interculturalidad y género y brinden las facilidades para el ejercicio de la vigilancia ciudadana de la atención de salud.

- **Objetivo:** Garantizar el pleno ejercicio del derecho a la salud de los usuarios con enfoque de interculturalidad y género.
- **Estrategias:** Implementación de instancias y mecanismos de protección de los derechos de los usuarios. Promoción de prácticas de atención orientadas por los enfoques de interculturalidad y género. Implementación de mecanismos para el acceso a la información de la atención brindada a los usuarios.

El Sistema de Gestión de la Calidad en Salud establece cuatro (04) componentes:

1. Planificación para la calidad
2. Organización para la calidad
3. Garantía y Mejora de la calidad
4. Información para la calidad

El despliegue del Sistema de Gestión de la Calidad en el HONADOMANI "San Bartolomé" se desarrolla en cada uno de esos cuatro componentes.

5.2.1 PLANIFICACION

La Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, desarrolla la planificación del sistema de gestión de la calidad en el hospital, considerando el marco normativo vigente y establecido por el Ministerio de Salud como es el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" aprobado con Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, en mayo del 2006 y el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud" aprobado por Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, en octubre del 2009. Asimismo, se toma en consideración el Plan Operativo Institucional (POI) anual 2025, aprobado con Resolución Directoral N° 276 2024-DG-HONADOMANI SB y el Decreto Supremo N° 022-2024-SA el listado de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2025.

Los documentos de gestión que debe elaborar la Oficina de Gestión de la Calidad son los siguientes:

- Plan de Gestión de la Calidad 2025
- Plan de Mejora de Autoevaluación 2025
- Plan de trabajo de Mejora Continua de la Calidad 2025
- Plan Cero Colas 2025
- Plan de Auditoria de la Calidad de la Atención 2025
- Plan de trabajo de Seguridad del paciente 2025
- Cronograma Rondas Seguridad 2025

5.2.2 ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD

En el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, la Oficina de Gestión de la Calidad es la unidad orgánica de asesoría encargada de la implementación del sistema de gestión de la calidad en el hospital para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa a los pacientes, con la participación del personal y el involucramiento del usuario. Interactúa a nivel externo con sus referentes a nivel de las instancias superiores (DIRIS Lima Centro) y el ente rector Unidad Funcional de Gestión de la Calidad del MINSA.

Para el cumplimiento de sus responsabilidades funcionales establecidas en el Manual de Organización y Funciones vigente, cuenta con tres unidades (Gráfico N°1)



	PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2025 HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	Versión: 1 Fecha de Elaboración:	1 FEBRERO 2025
---	--	---	---------------------------------

- **Unidad de mejora continua de la calidad**, encargado de constituir el soporte de la gestión de la calidad, orientado a desarrollar metodologías de trabajo que permitan el mejoramiento permanente de la calidad de los servicios, mediante acciones, programas y proyectos de mejora, que minimicen los riesgos y los índices de insatisfacción tanto del usuario externo como del interno, favoreciendo mejorar la competitividad y la organización funcional de los servicios del hospital.
- **Unidad de garantía de calidad**, encargado de desarrollar un conjunto de acciones en forma deliberada y sistemática con la finalidad de normar, vigilar y mejorar el desempeño, en forma continua y cíclica, permitiendo que la prestación de servicios sea eficaz, eficiente y segura posible, orientada siempre a la satisfacción del usuario. La garantía de la calidad implica la generación, mantenimiento y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.
- **Unidad de seguridad del paciente**, encargado de desarrollar un conjunto de acciones en forma deliberada y sistemática orientadas a reducir el número de eventos externos y crear una cultura de seguridad en la organización, de modo que la atención ofrecida a los pacientes se dé minimizando la exposición al riesgo.

Gráfico N° 01. ORGANIZACIÓN DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



Diseño: Oficina de Gestión de la Calidad. 2018

5.2.3 GARANTIA Y MEJORA

Se entiende por garantía y mejora de la calidad, al conjunto de acciones que se llevan a cabo para regular y consolidar el desempeño, en forma continua y cíclica, de tal manera que la atención prestada sea lo más efectiva, eficaz y segura posible, orientada siempre a la satisfacción del usuario y en el marco de las normas del sistema. En otros términos, la garantía y mejora de la calidad implica asegurar que se genere, mantenga y mejore la calidad en los servicios de salud a través de procesos tales como:





- **Evaluación monitoreo y toma de decisiones**

La Oficina de Gestión de la Calidad promueve la formulación de indicadores de calidad y seguridad de la atención institucional. Hasta la fecha se han aprobado los Indicadores de Calidad de Banco de Sangre con Resolución Directoral N° 201-2019-DG-HONADOMANI-SB del 14 de noviembre del 2019.

- **Auditoría de la calidad de atención**

Anualmente el hospital formula y aprueba el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud mediante una Resolución Directoral, para el año 2021 el plan de auditoría se formuló en el marco de la norma de auditoría: NTS N° 029 MINSA/DIGEPRES-V.02, Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud. El comité de Auditoría Médica CAM: RD N°246-2024-DG-HONADOMANI-SB-26 noviembre 2024 y el Comité de Auditoría en Salud CAS: RD N°051-2024-DG-HONADOMANI SB - 11 marzo del 2024.

Acreditación de establecimientos

Desde el año 2008 El hospital ha llevado a cabo 16 autoevaluaciones. Cada una implicó la designación formal de los Evaluadores Internos y la elaboración y oficialización del Plan de Autoevaluación; El Plan de Autoevaluación 2024 fue oficializado con Resolución Directoral RD N°147-2024 DG HONADOMANI SB 15 de julio del 2024,

A la fecha se han implementado diversas estrategias como la semaforización, el monitoreo de los macroprocesos priorizados, el monitoreo del cumplimiento de los compromisos para mejorar los estándares, la asistencia técnica permanente a los servicios, entre otras estrategias, todo ello con la finalidad de mejorar continuamente los procesos y cumplir con los estándares establecidos para la acreditación.

- **Seguridad del paciente**

Uno de los aspectos importantes en la gestión de la calidad en salud, es la disminución de los riesgos en la atención de salud, por ello la Oficina de Gestión de la Calidad desde el año 2006 ha implementado un sistema de notificación de eventos adversos, oficializado mediante Resolución Directoral N° 205-DG-HONADOMANI-SB-2006, del 30 de noviembre del 2006, la cual ha sido reformulada en el año 2022 y oficializada mediante la Resolución Directoral N° 075-2022-DG- HONADOMANI-SB, que aprueba la Directiva Sanitaria N°001-HONADOMANI-SB-OGC-2022, para la implementación del Sistema de Notificación de Incidentes de Seguridad en el Hospital Nacional Docente Madre - Niño San Bartolomé, a partir de ellos y de manera complementaria se han implementado otros procesos que permiten identificar o prever riesgos, como:

- Las rondas de seguridad
- Los análisis de causa raíz
- La lista de verificación de seguridad de la cirugía
- La lista de verificación de seguridad del parto vaginal (LVSPV)
- La evaluación de la adherencia a Guías de Práctica Clínica (GPC) y Guías de Procedimiento Asistencial (GPA)

La mayoría de estos procesos se desarrollan mensualmente generando reportes que permiten el monitoreo y evaluación permanente, con recomendaciones para la implementación de acciones orientadas a disminuir los riesgos en la atención.



	PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2025 HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME	Versión: 1 Fecha de Elaboración: FEBRERO 2025
---	--	--

Mediante la Resolución Directoral N°125 DG-HONADOMANI-SB-2018, se aprobó el Documento Técnico: Instructivo para el llenado de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

Mediante la Resolución Directoral N°014 -DG - HONADOMANI - SB/2018, se aprobó la Guía Técnica: Metodología para el Análisis de Causa Raíz de Eventos Centinela.

Mediante la Resolución Directoral N°084 -DG - HONADOMANI - SB/2021, se aprobó el Documento Técnico: Rondas de Seguridad en Tiempos de COVID-19 del Hospital Nacional Docente Madre niño San Bartolomé.

A partir del año 2024, las rondas de seguridad han sido incorporadas en los Convenios de Gestión y Compromisos de Mejora Institucional.

- **Estandarización de la Atención**

Mediante la Resolución Directoral N°089 -DG -HONADOMANI -SB -2018, se aprobó la Guía Técnica para la Elaboración de una Guía de Procedimiento Asistencial, que se actualizó mediante la Resolución Directoral N° 219-2023-DG-HONADOMANI-SB, que aprueba la Guía Técnica para la Elaboración de las Guías de Procedimiento Asistencial del Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé.

La elaboración de las guías de práctica clínica está regulada por la Directiva Sanitaria N° 002-OGC-HONADOMANI-SB-2009-V.01 "Directiva Sanitaria para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica".

Respecto a las Guías de Práctica Clínica, se está optando por la adopción de guías ya elaboradas.

- **Mejoramiento continuo de la calidad**

La Oficina de Gestión de la Calidad en el marco de sus responsabilidades funcionales a través de la Unidad de Mejora Continua de la Calidad, promueve la implementación de proyectos de mejora, por lo cual desarrolla cada año cursos talleres de fortalecimiento de capacidades para el desarrollo de proyectos de mejora (PMC) y que están dirigidos a los equipos técnicos de los diferentes departamentos, servicios y unidades del hospital, ello nos permite: Sensibilizar y capacitar en filosofía e Instrumentos de mejora continua de la calidad a los equipos de salud y que se elaboren planes de mejora de procesos en las diferentes Unidades Productoras de Servicios.

La metodología utilizada corresponde a la establecida en la Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad, aprobada mediante la R.M. 095-2012-MINSA.

Complementariamente se brinda asistencia técnica permanente a las diversas oficinas y departamentos para el desarrollo de sus PMC.

Mediante la Resolución Directoral N°157-2021-DG-HONADOMANI-SB, se aprobó el Documento Técnico: Manual Metodológico para el Desarrollo de Proyectos de Mejora de la Calidad en el Hospital Nacional Docente Madre Nilo San Bartolomé.

5.2.4 INFORMACION PARA LA CALIDAD

El cuarto componente de Información para la calidad está concebido como el conjunto de estrategias, metodologías, instrumentos y procedimientos que permitan contar con evidencias de manera permanente y organizada de la calidad de atención y niveles de satisfacción de los usuarios internos y externos.



	PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2025 HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	Versión: 1 Fecha de: FEBRERO Elaboración: 2025
---	--	--

- **Instrumentos para la medición de la calidad**

El 11 de julio del 2011, mediante la Resolución Ministerial N°527-2011/MINSA, se aprueba la "Guía técnica para la Evaluación de la Satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo" la cual uniformiza el instrumento de evaluación de la satisfacción del usuario externo a nivel nacional.

En el marco de esta norma, la Oficina de Gestión de la Calidad realiza cada año la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los servicios de consulta externa, emergencia, hospitalización, centro quirúrgico y centro obstétrico, lo que permite identificar aspectos de mejora a través de la implementación de proyectos u otras acciones o estrategias a fin de prestar una atención de salud de calidad.

Mediante la Resolución Directoral N°086-2021-DG-HONADOMANI-SB, se aprobó el Documento Técnico: Manual para el Desarrollo de Entrevistas en Profundidad en el Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Docente Madre Nilo San Bartolomé.

- **Mecanismos para la atención del usuario**

En el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé se ha implementado un sistema de escucha al usuario, a través de la Plataforma de Atención al Usuario y del sistema de atención de reclamos y sugerencias. Las actividades de la Plataforma de atención al usuario están reguladas por la Directiva Administrativa N°01-2021-V.01 Del Funcionamiento de la Plataforma de Atención del Usuario en Salud del Hospital Nacional Docente Madre Niño – San Bartolomé aprobada mediante Resolución Directoral N°199-2021-DG-HONADOMANI-SB.

La conducción de la Plataforma de Atención al Usuario actualmente está a cargo de la Oficina de Comunicaciones, mediante la Resolución Directoral N°054 -2019 -DG-HONADOMANI-SB.

La Oficina de Gestión de la Calidad es la responsable de la atención de los reclamos que se registran en el Libro de Reclamaciones y que está normado por el Decreto Supremo N°002-2019-SA Reglamento para la Gestión de Reclamos y denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud-IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.

Desde febrero del 2021 se han iniciado las atenciones de reclamos virtuales.

- **Medición del tiempo de espera**

La Oficina de Gestión de la Calidad regularmente realiza una medición anual del tiempo de espera en los procesos de atención al usuario. Esta medición cobra mayor énfasis con la dación de la Directiva Administrativa N°251-MINSA/2018/DGOS, "Directiva para la elaboración e implementación del Plan Cero Colas en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) adscritas al Ministerio de Salud".

Sin embargo, la oferta de atención virtual y presencial pasa por el otorgamiento de citas por admisión según programación médica, creándose un cuello de botella, por lo que las mediciones de tiempos de espera se hicieron en torno a este proceso, identificándose oportunidades de mejora



	PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2025 HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME	Versión: 1 Fecha de Elaboración: FEBRERO 2025
---	--	--

5.3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

5.3.1 UNIDAD DE MEJORA CONTINUA

a. ACCIONES y PROYECTOS DE MEJORA

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 oportunidades de mejora identificadas. Asimismo, las acciones de mejora es el conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización que agregan valor a los productos.

Se consideran oportunidades de mejora:

- Reclamos del Usuario externo registrados en el Libro de Reclamaciones.
- Recomendaciones de Rondas de Seguridad.
- Recomendaciones de ACR.
- Evaluación y monitoreo de incidentes de Seguridad del paciente.
- Reporte de Infecciones Asociada a la Atención de Salud.
- Reportes de Supervisión de Higiene de manos.
- Encuestas de Satisfacción a los usuarios externos.
- Medición del Tiempo de espera en los Servicios de Consulta externa, hospitalización y Emergencia.
- Indicadores de Gestión y Compromisos de mejora.
- Monitoreo de la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC).
- Monitoreo de la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad del Parto Vaginal (LVSPV).
- La evaluación de la adherencia a Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimiento Asistencial.
- Los hallazgos de los procesos de auditoría.

Se ha brindado Asesoría técnica a Equipos de Proyectos de Mejora y a los Servicios asistenciales para desarrollo de acciones de mejora durante el año 2024.

Proyectos de Mejora en Etapa de Implementación

Nombre del Proyecto	Objetivo del Proyecto	Formalización del Proyecto
---------------------	-----------------------	----------------------------

Control ISO en cesáreas del Departamento de Gineco Obstetricia	Controlar las infecciones de sitio operatorio asociadas a la atención de salud	RD No 291-2023-HONADOMANI-SB
--	--	------------------------------



	PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2025 HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	Versión: 1 Fecha de Elaboración: FEBRERO 2025
---	--	--

Continuidad de la atención integral especializada a grupos de riesgo y pacientes con patología específica

Brindar atención integral especializada a grupos de riesgo y pacientes con patología específica

RD No 008-2019-
HONADOMANI-
SB

Acciones de Mejora en Etapa de Implementación

Oportunidad de Mejora

Acción de Mejora

Demora para ingreso de pacientes del Servicio de Emergencia a los Servicios de Hospitalización de Pediatría y Cirugía Pediátrica.

Reuniones de coordinación para la implementación de acciones de mejora en Unidades involucradas (Tópico de Emergencia, Admisión, Farmacia, Oficina de Seguros, Servicio de imágenes y Servicios de hospitalización) para la agilidad del proceso

Demora en el tiempo preoperatorio de paciente de cirugía pediátrica con indicación de cirugía de emergencia por diagnóstico de apendicitis aguda

Reuniones de coordinación para la implementación de acciones de mejora en Unidades involucradas (Admisión, Farmacia, Oficina de Seguros, Servicio de imágenes y Centro quirúrgico) para la agilidad del proceso

Banco de Leche Humana no cuenta con documentación institucional del Proceso

Elaboración de flujogramas del proceso y Guías de procedimientos (Adopción de Guías de Red Brasileña de Bancos de Leche)

Suspensión de Cirugías programadas

Reuniones de coordinación con los Servicios involucrados en el proceso para la implementación de acciones que optimicen el procedimiento de programación de cirugías programadas

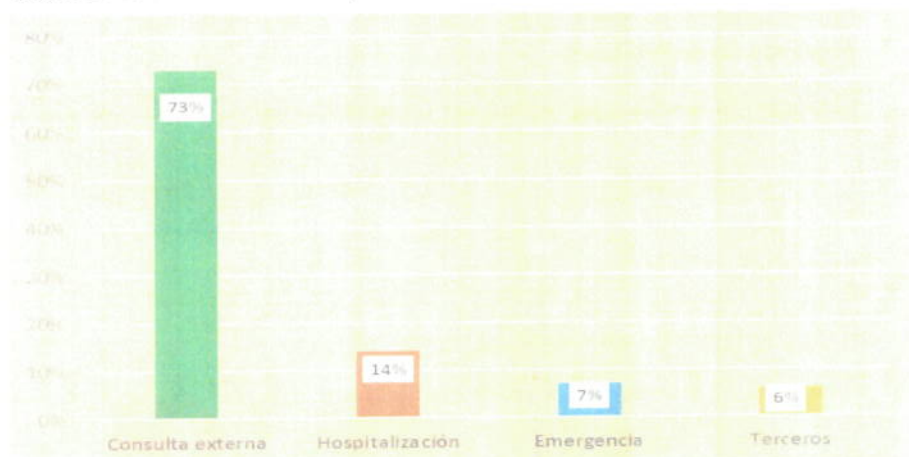
b. GESTION DE LIBRO DE RECLAMACIONES

Respecto a la Gestión de Libro de Reclamaciones institucional 2024, se han atendido 132 reclamos en salud presentados por los usuarios externos en los Libros de Reclamaciones físico (88 reclamos) y virtual (44 reclamos) con los que cuenta la entidad para tal propósito.

El servicio de Consulta externa generó el 73% de los reclamos, el servicio de hospitalización el 14%, el servicio de emergencia 7%, terceros 6% y se declararon improcedentes el 4%, trato directo 3% y dejado sin efecto 1% de los reclamos en el 2024.



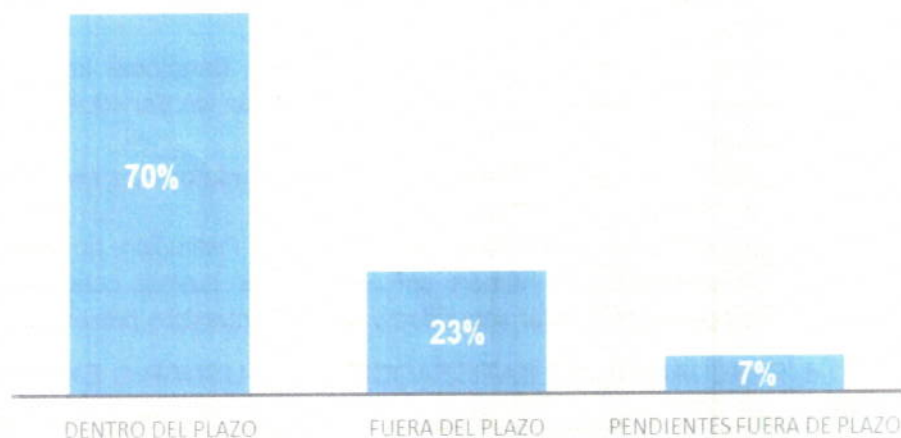
Gráfico No 02.- Reclamos por Área de ocurrencia. Año 2024



Fuente: Unidad de Mejora Continua-OGC-Libro de Reclamaciones

La temática más reclamada durante el año 2024 ha sido la señalada como el rubro de Otro reclamo referido a la atención en la IPRESS que representa el 27% de los reclamos y no recibir trato amable del médico y/o personal de salud que representa el 23%.

Gráfico N° 03.- Oportunidad de atención de Reclamos. Año 2024



Fuente: Unidad de Mejora Continua-OGC. Libro de Reclamaciones

De los 132 reclamos en el año 2024 se ha atendido el 70% de los reclamos dentro del plazo que señala la ley, 23% fuera de dicho plazo y pendientes de atención el 7% del total de reclamos.

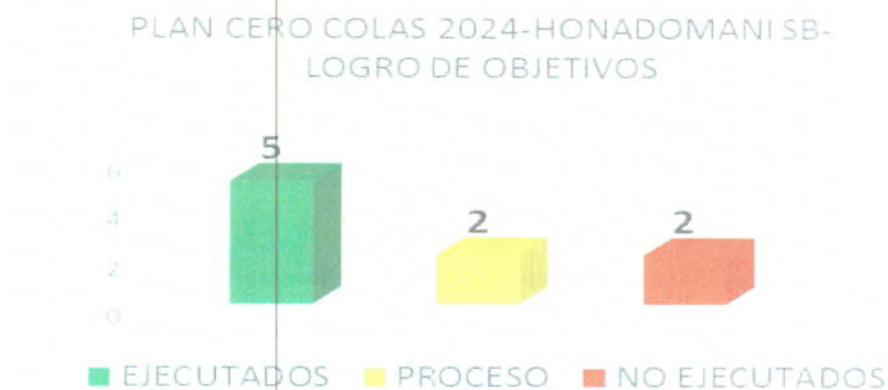


	PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2025 HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	Versión: 1 Fecha de Elaboración: FEBRERO 2025
---	--	--

c. GESTION DE PLAN CERO COLAS

En el año 2024, se establecieron en el Plan Cero Colas 9 objetivos específicos de los cuales se ejecutaron 5 objetivos, 2 se encuentran en proceso y 2 objetivos no se realizaron.

Gráfico No 4.- Cumplimiento de Objetivos Plan Cero Colas 2024



Fuente. - Informe Anual Plan Cero Colas. HONADOMANI.S.B.

- En el mes de julio, se implementó la firma electrónica en las recetas digitales, generadas durante la atención del paciente en los servicios de la Consulta Externa. Asimismo, se encuentra integrado el Servicio REFCON –Citas y el Sistema de Gestión Hospitalaria.
- La institución cuenta con 10 escáner de código de barra de DNI operativos, en las diferentes ventanillas de admisión de la Consulta Externa y Emergencia.
- Desde el 1º de octubre, el hospital San Bartolomé implementó el Sistema de Citas con horario diferenciado, en los Servicios de Consulta Externa.
- Desde el 11 de noviembre de 2024, se cuenta con los switch para red de 72 puertos para Core Fibra Óptica.
- Las diferentes salas de espera de nuestra institución, no cuentan con sillas múltiples en número suficiente y/o en buenas condiciones, que nos permitan brindar seguridad y confort a nuestros pacientes.

d. EVALUACIÓN DE SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO

En el año 2024 se evaluó la satisfacción de los usuarios mediante Encuestas de satisfacción, identificándose oportunidades de mejora, los resultados se muestran en las siguientes tablas:



	PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2025 HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME	Versión:	1
		Fecha de Elaboración:	FEBRERO 2025

Tabla 1.- Porcentaje General de Satisfacción e Insatisfacción Según Preguntas Analizadas. Servicio de Consulta externa. HONADOMANI SB 2024

Preguntas	Satisfecho (+)	Insatisfecho(-)
	%	%
P1 ¿El personal de informes le orientó y explicó de manera clara y adecuada sobre los pasos o tramites para la atención en consulta externa?	51.5	48.5
P2 ¿El médico le atendió en el horario programado?	50.5	49.5
P3 ¿Su atención se realizó respetando la programación y el orden de llegada?	58.1	41.9
P4 ¿Su historia clínica se encontró disponible para su atención?	60.1	39.9
P5 ¿Usted encontró citas disponibles y las obtuvo con facilidad?	100.0	0.0
P6 ¿La atención en caja o en el módulo de admisión del SIS fue rápida?	28.7	61.7
P7 ¿La atención para tomarse análisis de laboratorio fue rápida?	47.5	46.2
P8 ¿La atención para tomarse exámenes radiológicos fue rápida?	33.7	58.7
P9 ¿La atención en farmacia fue rápida?	48.5	48.2
P10 ¿Se respetó su privacidad durante su atención en consultorio?	62.7	37.3
P11 ¿El médico le realizó un examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cual fue atendido?	58.1	41.9
P12 ¿El médico le brindó el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud?	59.1	40.9
P13 ¿El médico que le atendió le inspiró confianza?	59.7	40.3
P14 ¿El personal de consulta externa le trató con amabilidad, respeto y paciencia?	56.4	43.6
P15 ¿El médico que le atendió mostró interés en solucionar su problema de salud?	57.8	42.2
P16 ¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre su problema de salud o resultado de su atención?	57.8	42.2
P17 ¿Usted comprendió la explicación que le brindó el médico sobre el tratamiento que recibirá: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos?	57.8	41.9
P18 ¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre los procedimientos o análisis que le realizarán?	59.4	40.6
P19 ¿Los carteles, letreros y flechas le parecen adecuados para orientar a los pacientes?	56.1	43.9
P20 ¿La consulta externa contó con personal para informar y orientar a los pacientes?	55.8	44.2
P21 ¿Los consultorios contaron con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?	58.1	41.9
P22 ¿El consultorio y la sala de espera se encontraron limpios y fueron cómodos?	57.8	42.2
TOTAL	56.1	43.9

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



	PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2025 HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"		Versión:	1
			Fecha de	FEBRERO
			Elaboración:	2025

Tabla 2.- Porcentaje General de Satisfacción e Insatisfacción según preguntas analizadas. Servicio de Hospitalización. HONADOMANI.SB – 2024

Preguntas	Satisfecho (+)	Insatisfecho (-)
	%	%
P1 Visita médica diaria	40.5	59.5
P2 Explicación brindada por el médico sobre evolución del problema de salud por el cual permanece hospitalizado.	38.6	61.4
P3 Comprensión de la explicación que el médico brindó sobre los medicamentos que recibió durante su hospitalización.	39.7	60.3
P4 Comprensión de la explicación que el médico brindó sobre los resultados de análisis de laboratorio que se realizó durante su hospitalización.	41.1	58.9
P5 Comprensión de la explicación que el médico brindó sobre los medicamentos y los cuidados para la salud en casa.	40.0	58.1
P6 Rapidez de los trámites para hospitalización.	39.7	59.2
P7 Rapidez de realización de análisis de laboratorio solicitados.	40.0	60.0
P8 Rapidez de realización de exámenes radiológicos.	23.8	73.5
P9 Rapidez de trámites de alta.	35.7	58.9
P10 Interés del médico para mejorar o solucionar su problema de salud.	39.4	57.7
P11 Entrega de alimentos a temperatura adecuada y de manera higiénica.	34.4	65.3
P12 Mejora o resolución del problema de salud por el cual se hospitalizó.	38.5	61.5
P13 Respeto a su privacidad durante la hospitalización.	39.2	60.8
P14 Trato amable, respetuoso y con paciencia del personal obstetra/enfermería.	39.2	60.8
P15 Trato del médico amable, respetuoso y con paciencia.	42.2	57.8
P16 Trato amable, respetuoso y con paciencia del personal de nutrición.	34.9	62.7
P17 Trato amable, respetuoso y con paciencia del personal encargado de los trámites de admisión o alta.	38.6	59.7
P18 Personal de enfermería mostró interés en solucionar cualquier problema durante su hospitalización.	39.5	60.5
P19 Ambientes del servicio cómodos y limpios.	38.9	61.1
P20 Servicios higiénicos para uso de los pacientes se encuentren limpios.	37.3	62.7
P21 Equipos disponibles, contar con materiales necesarios para la atención.	39.5	60.5
P22 Ropa de cama, colchon y frazadas sean adecuadas.	38.6	61.4
Total	38.1%	61.9

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



	PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2025 HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME	Versión:	1
		Fecha de Elaboración:	FEBRERO 2025

Tabla 3.- Resultado General de Satisfacción e insatisfacción según preguntas analizadas. Servicio de Emergencia.HONADOMANI.SB 2024

Preguntas/ Dimensiones	Satisfecho (+)	Insatisfecho(-)
	%	%
P1 Atención inmediata a su llegada a emergencia, sin importar su condición socioeconómica.	57.3	42.7
P2 Atención de emergencia se realice considerando la gravedad de salud del paciente.	57.7	42.3
P3 Atención en emergencia a cargo de un médico.	55.1	44.9
P4 El médico que lo atendió mantuvo suficiente comunicación con usted o familiares para explicarles el seguimiento de su problema de salud.	56.2	43.8
P5 Farmacia de emergencia cuente con los medicamentos que receta el médico.	50.7	49.3
P6 Atención rápida en caja o módulo de admisión.	52.6	47.1
P7 Atención rápida en laboratorio de emergencia.	55.1	44.2
P8 Atención rápida para exámenes radiológicos.	31.8	59.5
P9 Atención rápida en farmacia de emergencia.	51.1	47.8
P10 Medico le brindó tiempo necesario para contestar dudas o preguntas sobre su tema de salud.	54.0	46.0
P11 Respeto de privacidad durante su atención por emergencia.	54.7	45.3
P12 Médico realizó examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cual fue atendido.	53.3	46.7
P13 El problema de salud por el cual se atendió se mejoró.	52.9	47.1
P14 Trato amable, respeto y paciencia por personal de emergencia.	54.7	45.3
P15 Personal de emergencia mostró interés para solucionar cualquier problema que se presentó durante su atención.	55.8	44.2
P16 Comprensión de la explicación que el médico le brindó sobre el problema de salud o resultado de la atención.	58.0	42.0
P17 Comprensión de la explicación que el médico le brindó sobre procedimientos o análisis realizado.	55.5	44.5
P18 Comprensión de la explicación que el médico le brindó sobre el tratamiento que recibió: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos.	54.0	46.0
P19 Carteles, letreros y flechas del servicio de emergencia le parecen adecuados para orientar a los pacientes.	55.5	44.5
P20 Emergencia cuente con personal para informar y orientar a los pacientes.	56.2	43.8
P21 Emergencia cuente con equipos y materiales necesarios para su atención.	55.8	44.2
P22 Ambientes del servicio de emergencia estuvieron limpios y cómodos.	54.7	45.3
TOTAL	53.8	46.2

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



Tabla 4.- Resultados de Satisfacción e Insatisfacción según Preguntas Relacionadas a "Buen Trato" – HONADOMANI SB 2024

N°	Preguntas	Satisfechos (%)	Insatisfechos (%)
1	¿El personal de informes le orientó y explicó de manera clara y adecuada sobre los pasos o tramites para la atención en consulta externa?	51.5	48.5
2	¿Su atención se realizó respetando la programación y el orden de llegada?	58.1	41.9
3	¿Se respetó su privacidad durante su atención en consultorio?	62.7	37.3
4	¿El personal de consulta externa le trató con amabilidad, respeto y paciencia?	56.4	43.6
5	¿Usted comprendió la explicación que le brindó el médico sobre el tratamiento que recibirá: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos?	57.2	42.9
6	¿Los consultorios contaron con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?	58.1	41.9
Total		57.3	42.7

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

Respecto al Buen trato, el porcentaje de satisfacción de los usuarios externos se encuentra por debajo del nivel esperado, > 60%, menor al estándar establecido por el MINSA.

Tabla 5.- Satisfacción de los usuarios externos. HONADOMANI-SB 2024

Área	General	Dpto. Ginecoobstetricia	Dpto. Pediatría	Dpto. Cirugía pediátrica
Consulta externa	56%	46%	53%	66%
Emergencia	55%	60%	48%	-
Hospitalización	38%	38%	54%	39%

Fuente. - Oficina Gestión de la Calidad. UMC. HONADOMANI.SB

En general, la satisfacción de los usuarios externos se encuentra por debajo del nivel esperado, > 60%, menor al estándar establecido por el MINSA en los servicios de consulta externa, hospitalización y emergencia.



e. MEDICION DE TIEMPO DE ESPERA

En el año 2024 se midió el tiempo de espera en consulta externa y emergencia identificándose oportunidades de mejora para las correspondientes acciones de mejora, los resultados se muestran en las siguientes tablas:

TABLA 6.- Tiempo de espera para atención médica Usuario de consulta externa de Pediatría

TIEMPO DE ESPERA PARA ATENCION DE PACIENTE DE PEDIATRIA - CITADO

Cuadro de Reporte Final

ACTIVIDADES	M. DEMOST	MEDIA	MYR DMOST	T. EN COLAS	T. DE ATENCIÓN
1 Espera en Triage (control de Peso-Talla)	1.0	25.8	175.0	175.0	
2 Atención en Triage	1.0	4.8	14.0		14.0
3 Espera en Consultorio para atención médica	4.0	33.6	110.0	110.0	
	6.00	64.20	299.00	285.00	14.00

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad

Comentario: Se observa que, en la sumatoria de los tiempos y movimientos realizados para su atención por los pacientes de Pediatría - Citado, el mayor tiempo demostrado fue de 299 minutos (04:59hrs), el menor tiempo demostrado 6 minutos (00:06hrs), la media 64.20 minutos (01:04hrs) y tiempo en cola 285 minutos (04:45hrs). Identificándose como oportunidad de mejora el tiempo de espera en el área de triaje y sala de espera para la atención médica.

TABLA 7.- Tiempo de espera para atención médica Usuaría de consulta externa de Obstetricia

TIEMPO DE ESPERA PARA ATENCION DE PACIENTE DE GINECOOBSTETRICIA - CITADO

Cuadro de Reporte Final

ACTIVIDADES	M. DEMOST	MEDIA	MYR DMOST	T. EN COLAS	T. DE ATENCIÓN
1 Espera en Triage (control de Peso-Talla)	1.0	5.2	30.0	30.0	
2 Atención en Triage	2.0	3.6	8.0		8.0
3 Espera en Consultorio para atención médica	14.0	42.7	65.0	65.0	
	17.0	51.5	103.0	95.0	8.0

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad

Comentario: Se observa que, en la sumatoria de los tiempos y movimientos realizados para la atención de las pacientes de Obstetricia citadas, el mayor tiempo demostrado fue de 103 minutos (01:43hrs), el menor tiempo demostrado 17 minutos (00:17hrs), la media 51.5 minutos (00:51hrs), tiempos en cola 95 minutos (01:35hrs). Identificándose como oportunidad de mejora el tiempo de espera en la sala de espera para la atención médica.



	PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2025 HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"		Versión:	1
			Fecha de	FEBRERO
			Elaboración:	2025

TABLA 8.- Tiempo de espera para atención médica Usuarios de consulta externa de Cirugía pediátrica

TIEMPO DE ESPERA PARA ATENCION DE PACIENTE DE CIRUGIA PEDIATRICA - CITADOS

Cuadro de Reporte Final						
ACTIVIDADES	MEN	DEMOST	PROMEDIO	MYR	DMOST	T. EN COLAS T. DE ATENCIÓN
1 Espera en Triaje (control de Peso-Talla)	1.0	4.7	21.0	21.0		
2 Atención en Triaje	1.0	4.1	10.0			10.0
3 Espera en sala de Consultorio	5.0	36.9	75.0	75.0		
	7.0	45.7	106.0	96.0		10.0

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad

Comentario: Se observa que, en la sumatoria de los tiempos y movimientos realizados para la atención del paciente citado de Cirugía Pediátrica, el mayor tiempo demostrado fue de 106 minutos (01:46hrs), el menor tiempo demostrado 7 minutos (00:07hrs), la media 45 minutos (00:45hrs), tiempos en cola 96 minutos (01:36hrs). Identificándose como oportunidad de mejora el tiempo de espera en la sala de espera para la atención médica.

TABLA 9.- Tiempo de espera para atención médica a usuarios externos del Servicio de Emergencia

Servicios	Tipos de prioridades			
	II	Estándar	III	Estándar
Pediatría	24	10	29	20
Ginecoobstetricia	32	10	29	20
Promedio general	28	10	29	20

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

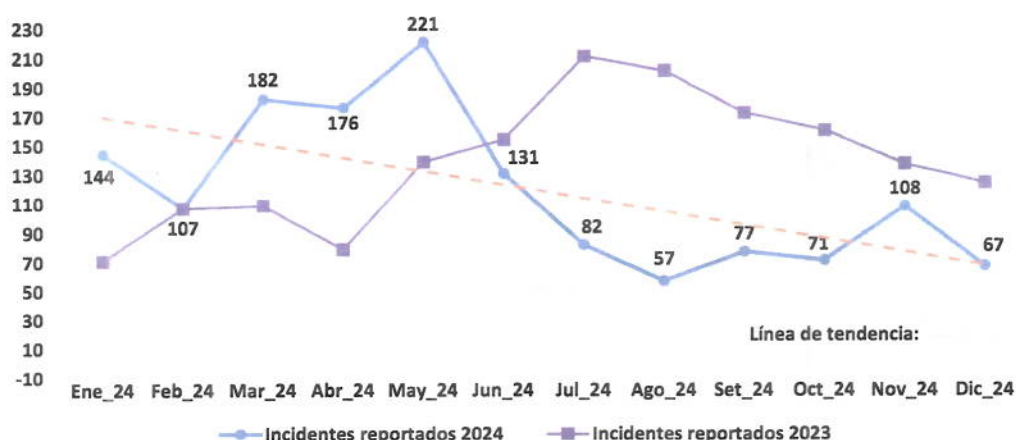
Comentario: Se observa que, el promedio general de tiempo de espera según prioridades de atención en el Servicio de emergencia es mayor al estándar de la Norma técnica para la prioridad Tipo II - Emergencia y para la prioridad Tipo III – Urgencia



5.3.2 UNIDAD DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. VIGILANCIA DE LOS INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

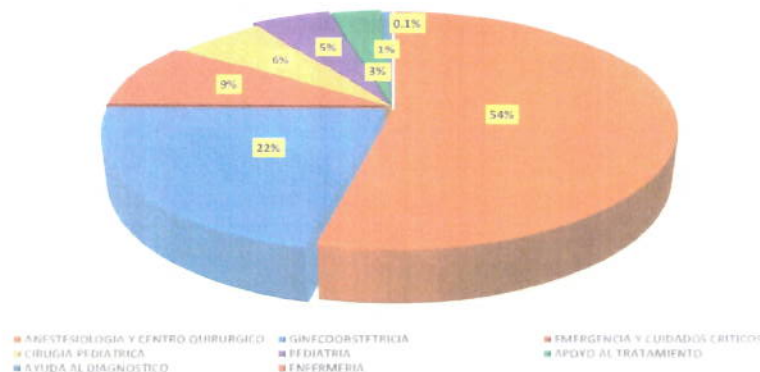
Gráfico N° 05
Incidentes de Seguridad del paciente Enero – diciembre 2024 Vs. 2023



Fuente: Notificación de Incidentes de Seguridad por Servicio. Unidad de Seguridad del Paciente –OGC

En el Gráfico N° 05, podemos observar el total de incidentes de seguridad del paciente reportados por todos los servicios del HONADOMANI-SB del periodo enero a diciembre 2024 comparativo con el año 2023. En el año 2024 se han reportado 1423 incidentes de seguridad del paciente, observamos una línea de tendencia descendente. Comparativamente, en el año 2023 se reportaron 1664 incidentes con una línea de tendencia ligeramente ascendente.

Gráfico N° 06
Incidentes de Seguridad del paciente Reportados por Departamentos - 2024

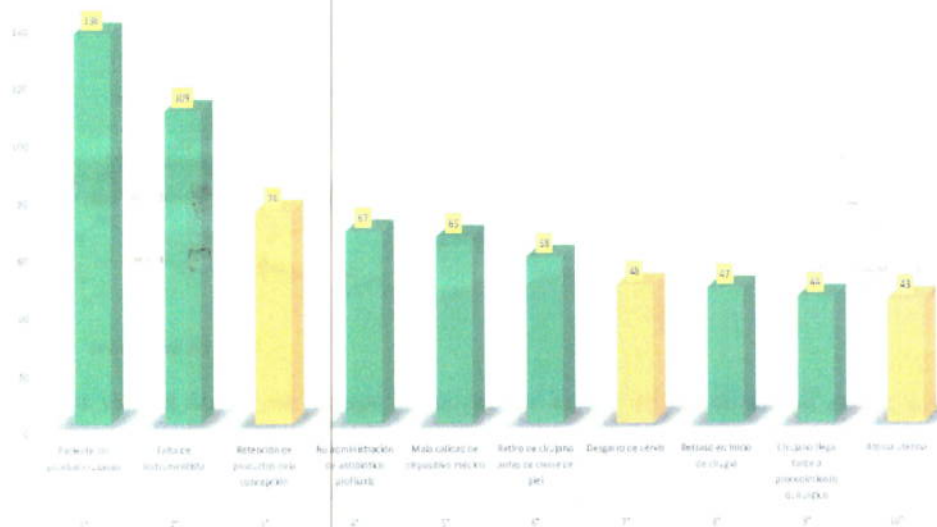


Fuente: Notificación de Incidentes de Seguridad por Servicio. Unidad de Seguridad del Paciente –OGC

En el Gráfico N° 06, podemos observar que los Departamentos que más han reportado incidentes durante el año 2024 fueron: Anestesiología y Centro Quirúrgico, Gineco-obstetricia, Emergencia y Cuidados Críticos y Cirugía Pediátrica. El departamento de Odontología no reportó ningún caso. Según el análisis del reporte por servicios,

en el año 2024 de los 31 servicios (Unidades Notificantes) solo 10 servicios (32%) han enviado de manera regular el consolidado de incidentes de seguridad reportando casos. 16 servicios (52%) han reportado de manera más o menos constante cero casos y, 05 servicios (16%) permanentemente no han informado.

Gráfico N° 07
Diez incidentes de seguridad del paciente más frecuentes - 2024

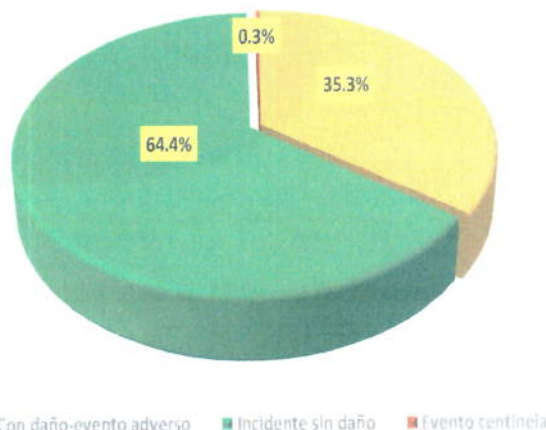


Fuente: Notificación de Incidentes de Seguridad por Servicio. Unidad de Seguridad del Paciente –OGC

En el Gráfico N° 07, apreciamos los 10 incidentes de seguridad del paciente más frecuentes reportados en el HONADOMANI-SB durante el año 2024. Los incidentes más frecuentes son el paciente sin pruebas cruzadas, la falta de instrumentista, la retención de productos de la concepción, la no administración de antibiótico profilaxis y la mala calidad de dispositivo. Se ha reportado 43 casos de atonía uterina, 09 casos de ruptura de cordón umbilical y 04 casos de muerte y 01 caso de óbito fetal intrahospitalario (Eventos centinela).

Gráfico N° 08
Tipos de incidentes de seguridad del paciente. Enero a diciembre 2024

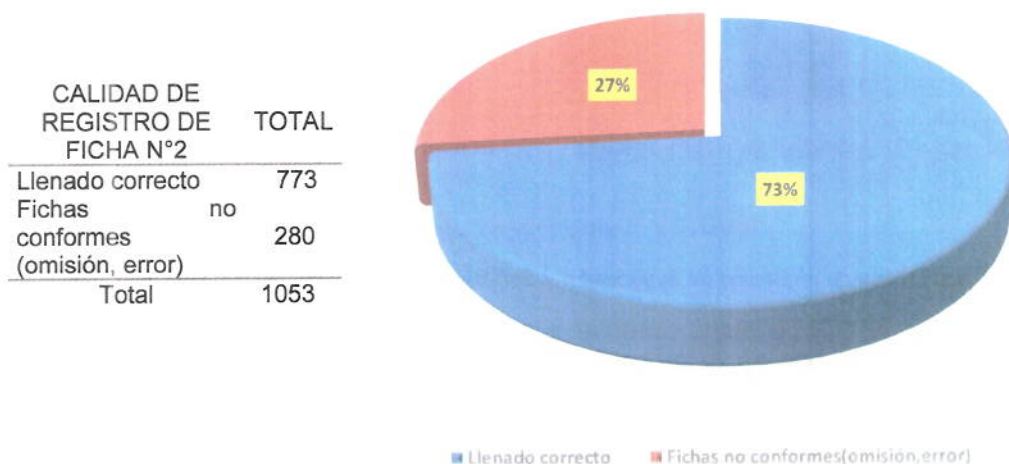
TIPOS DE INCIDENTE	TOTAL
Con daño-evento adverso	502
Incidente sin daño	916
Evento centinela	5
TOTAL	1423



Fuente: Notificación de Incidentes de Seguridad por Servicio. Unidad de Seguridad del Paciente –OGC

En el gráfico N° 08, apreciamos los tipos de incidentes reportados en los diferentes servicios durante el año 2024, siendo el 35% incidentes con daño - evento adverso, el 64% incidentes sin daño y se reportó 05 eventos centinelas (0.3%).

Gráfico N° 09
Calidad de registro de fichas de reporte. Enero a diciembre 2024

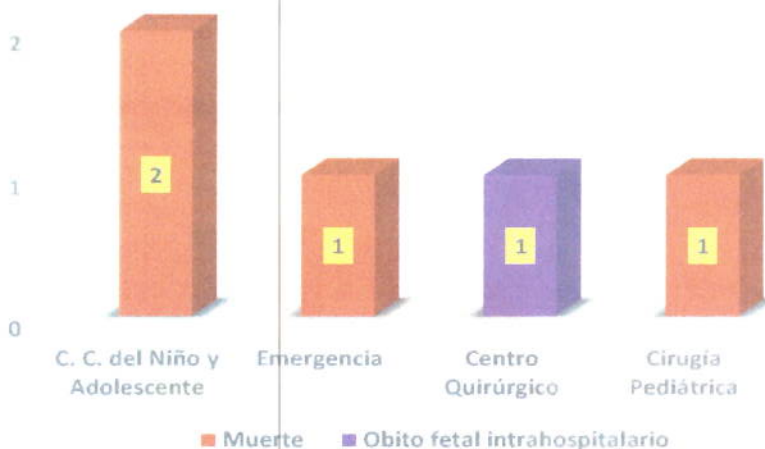


Fuente: Notificación de Incidentes de Seguridad por Servicio. Unidad de Seguridad del Paciente –OGC

En el gráfico N° 09, podemos apreciar que en relación a la calidad de registro de las fichas, del total de fichas entregadas durante el año 2024 (1423 fichas), solo el 73% tienen un llenado correcto y el 27% son fichas con registro no conforme, dentro de estas se identificó que la omisión de registro de otros incidentes de seguridad en una misma ficha, el mal registro del nombre del incidente, la omisión de datos básicos del Paciente (HC, edad...), la clasificación errada del tipo de incidente, la omisión del nombre del incidente y la no clasificación del tipo de incidente; son las causas más frecuentes de registro no conforme.



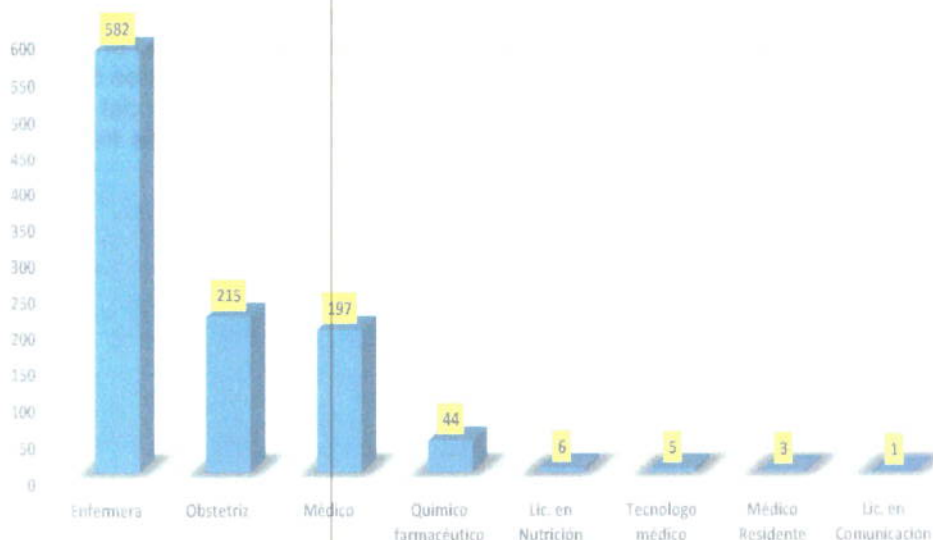
Gráfico N° 10
Eventos Centinela reportados por Servicios - 2024



Fuente: Notificación de Incidentes de Seguridad por Servicio. Unidad de Seguridad del Paciente –OGC

En el gráfico N° 10, podemos observar que en el año 2024 se reportaron 05 eventos centinela. Una muerte en el servicio de Emergencia, dos muertes en el servicio de Cuidados Críticos del Niño y Adolescente, una muerte en el servicio de Cirugía Pediátrica y, un óbito fetal en el servicio de Centro Quirúrgico.

Gráfico N° 11
Personal de la salud que remite fichas de incidentes de seguridad 2024.



Fuente: Notificación de Incidentes de Seguridad por Servicio. Unidad de Seguridad del Paciente –OGC

En el gráfico N° 11, podemos observar al personal de la salud que ha remitido fichas reportando incidentes de seguridad durante el año 2024. Las Licenciadas de Enfermería presentan el mayor número de reportes (582 notificaciones), le sigue las Obstetras (215



	PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2025 HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	Versión: 1 Fecha de Elaboración:	1 FEBRERO 2025
---	--	---	---------------------------------

notificaciones), los médicos (197 notificaciones) y los químicos farmacéuticos (44 notificaciones).

COMENTARIOS SOBRE LA SITUACION DE LOS INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL 2024

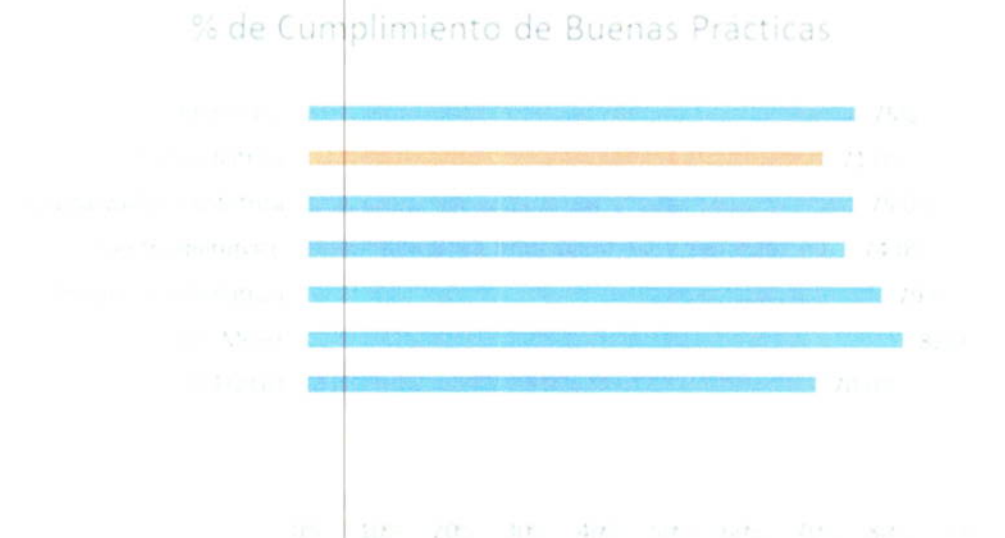
- En el 2024, 21 servicios (68%) no han reportado ningún incidente de seguridad del paciente, sea porque reportaron cero casos o porque no remitieron ningún informe.
- Los incidentes de seguridad del paciente mayormente reportados fueron los incidentes sin daño (64%). Se reportó 05 eventos centinela, los más frecuentes fueron: 04 Muertes y 01 óbito fetal intrahospitalario; el servicio que reportó la mayor cantidad de casos es el Servicio de Cuidados Críticos del Niño y Adolescente (02 casos).
- Entre los 10 incidentes de seguridad del paciente más frecuentes, se ha reportado casos de mala calidad de dispositivo médico (66 casos) y mala calidad de insumo médico (32 casos).
- Durante el año 2024. Las Licenciadas de Enfermería presentan el mayor número de fichas remitidas, le sigue las Obstetras y los médicos.
- Del total de fichas remitidas durante el año 2024 (1423 fichas), el 73% tienen un llenado correcto y el 27% son fichas con llenado no conforme (con errores, omisiones, etc.).

2. RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

En el año 2024 se cumplió el 100% de las rondas de seguridad del paciente programadas (12 rondas), lográndose evaluar en dos oportunidades a cada Servicio.



GRAFICO N° 12
PROMEDIO DEL CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS EN LAS RONDAS
DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SEGÚN SERVICIO – II SEMESTRE 2024



Fuente: Informes de rondas de seguridad 2024. Unidad de Seguridad del Paciente–OGC.

En el gráfico N° 12 se observa, que de los Servicios en los que se realizó las rondas de seguridad del paciente en el II semestre del 2024, en cinco de ellos se supera el 70% de cumplimiento de las buenas prácticas evaluadas, siendo los Servicios de UCEO de Ginecoobstetricia y de UCI Pediátrica los que tienen el menor porcentaje de cumplimiento (70% y 71% respectivamente). El promedio general de cumplimiento fue de 75%.

CUADRO N° 01
MONITOREO DE LA IMPLEMENTACION DE ACCIONES CORRECTIVAS DE LAS
BUENAS PRÁCTICAS INCUMPLIDAS EN LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE – II SEMESTRE 2024



	PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2025 HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	Versión:	1
		Fecha de Elaboración:	FEBRERO 2025

Monitoreo de las Rondas de Seguridad 2024. II Semestre

Fecha	Rondas de Seguridad	Implementación de las Acciones Correctivas			
		Total	Implementado	No implementado	% de Implementación
Junio	UCI Pediátrica	24	18	6	75%
Julio	UCEO-GO	25	18	7	72%
Agosto	UCI Mujer	14	10	4	71%
Setiembre	Emergencia Pediátrica	17	12	5	71%
Octubre	Centro Quirúrgico	18	13	5	72%
Noviembre	Hospitalización Obstétrica	20	14	6	70%
Diciembre	UCI Pediátrica *				
	TOTAL	94	67	27	71%

Fuente: Unidad Seguridad paciente. Informes de los Dptos.

*No lo consideramos porque están dentro de los plazos

En el cuadro N° 01 se observa que, en relación al total de cumplimiento de la implementación de acciones correctivas, de un total de 94, se han implementado solo 67 lo que corresponde a un 71% de cumplimiento. 27 acciones correctivas no han sido implementadas.

COMENTARIOS SOBRE LA SITUACION DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL 2024

- El porcentaje de rondas de seguridad del paciente desarrolladas es del 100%. De los Servicios en los que se realizó las rondas de seguridad del paciente, en cinco de ellos se supera el 70% de cumplimiento de las buenas prácticas evaluadas.
- En relación al total de cumplimiento de la implementación de acciones correctivas, de un total de 94, se han implementado solo 67 lo que corresponde a un 71% de cumplimiento.

3. ANÁLISIS CAUSA RAIZ (ACR)

En el año 2024 se realizaron 03 análisis causa raíz

COMENTARIOS SOBRE LA SITUACION DE LOS ANALISIS CAUSA RAIZ EN EL 2024

- De los 05 eventos centinela reportados durante el año 2024 (04 muertes y 01 óbito fetal intrahospitalario), se realizó el análisis causa raíz de 03 eventos centinela. En relación al monitoreo de la implementación de las acciones correctivas el cumplimiento fue muy bajo.

4. APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA (LVSC)

En nuestro Hospital desde el año 2009 se ha implementado y se aplica la LVSC y mensualmente se monitoriza y evalúa su aplicación. En relación a la aplicación de la

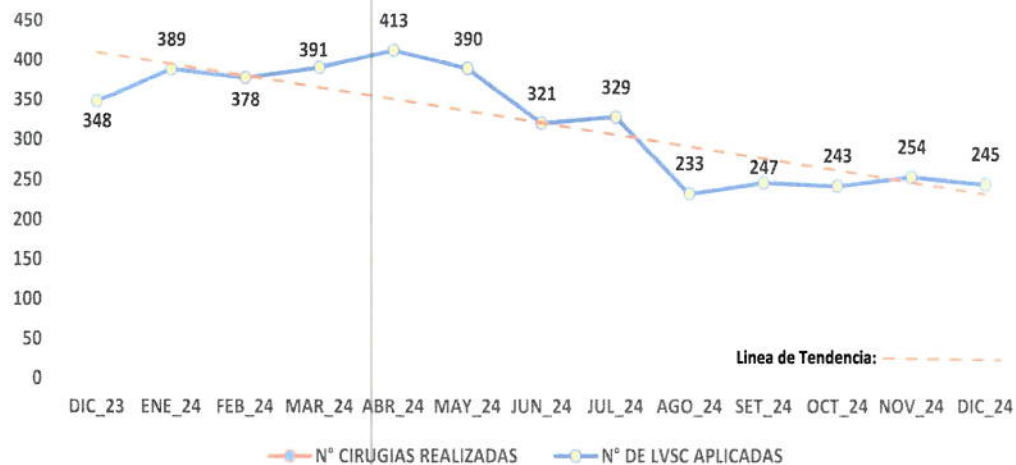




LVSC, durante el año 2024 se realizaron un total de 3833 procedimientos quirúrgicos y se aplicaron el mismo número de Listas de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC).

Gráfico N° 13

LVSC Aplicadas vs Cirugías Realizadas. Enero a diciembre 2024



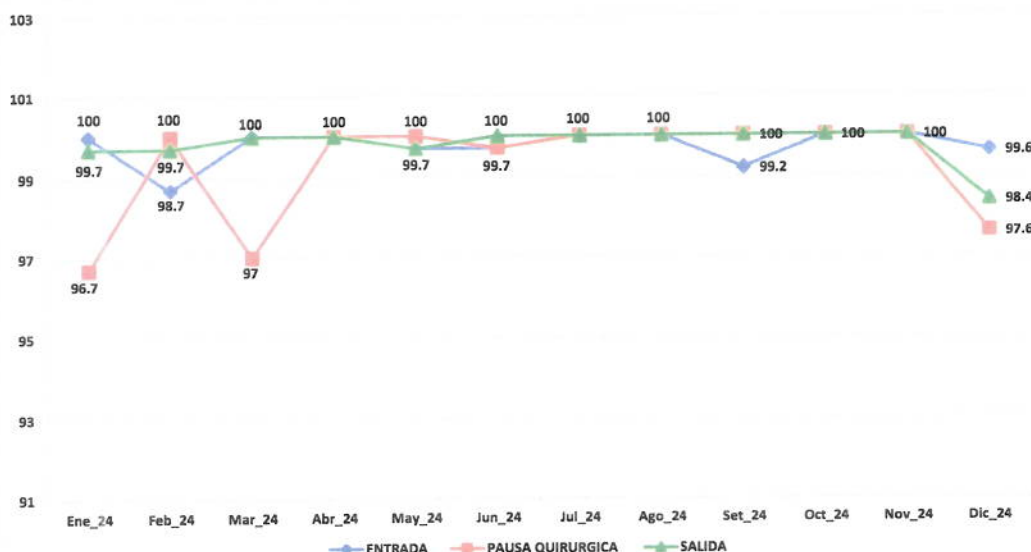
Fuente: Reporte del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico. Enero a diciembre 2024.

En el gráfico N° 13 apreciamos que, la adherencia de la LVSC es del 100%, con un total de 3833 procedimientos quirúrgicos realizados de enero a diciembre del 2024 y con una tendencia descendente en el número de procedimientos quirúrgicos realizados, por el cierre temporal de centro quirúrgico en el segundo semestre del 2024.





Gráfico N° 14
Porcentaje de cumplimiento de la LVSC por cada momento por meses 2024



Fuente: Reporte del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico. Enero a diciembre 2024.

En el gráfico N° 14, se muestra el porcentaje de cumplimiento en cada una de las 3 etapas de la lista de verificación de seguridad de la cirugía de enero a diciembre 2024. Observamos que, la tercera etapa (antes que el paciente salga del quirófano) es la que presenta el mayor cumplimiento, seguida de la primera etapa (antes de la inducción anestésica) y luego la segunda etapa (pausa quirúrgica). Los promedios de cumplimiento son: 99.7% en la primera etapa, 99.3% en la segunda etapa y 99.8% en la tercera etapa.

COMENTARIOS SOBRE LA SITUACION DE LA APLICACIÓN DE LA LVSC EN EL 2024

- En el año 2024 la adherencia de la LVSC fue del 100%, con un total de 3833 procedimientos quirúrgicos realizados.
- Los promedios de cumplimiento fueron de 99.7% en la primera etapa, 99.3% en la segunda etapa y 99.8% en la tercera etapa.
- Los ítems de mayor incumplimiento fueron: revisan los medicamentos, insumos y operatividad de equipos para la atención del Recién Nacido; la no previsión de la disponibilidad de sangre, plasma, dos vías de acceso y pruebas cruzadas, cuando el paciente tiene riesgo de hemorragia; se ha administrado antibiótico profilaxis y; se confirma la presencia del pediatra /neonatólogo y enfermero antes del inicio de la cirugía?

5. APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DEL PARTO VAGINAL (LVSPV)

La Lista de Verificación de la Seguridad del Parto Vaginal (LVSPV) es promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para mejorar la calidad de atención prestada a la madre y al recién nacido en los establecimientos de salud. Es una lista estructurada de prácticas esenciales de atención del parto con fundamento científico



	PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2025 HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	Versión: Fecha de Elaboración:	1 FEBRERO 2025
---	--	--------------------------------------	----------------------

que se centra en las principales causas de muerte materna, morbilidad y muerte neonatal que ocurren en instituciones de salud de todo el mundo. Permite a los profesionales organizar y ordenar la información a fin de recordar las tareas decisivas que han de realizar y, en última instancia, desempeñar su trabajo con mayor eficacia, eficiencia y seguridad. Cada elemento de la lista aborda una acción decisiva que, si se omite, puede significar graves daños a la madre, el recién nacido o ambos.

A partir de la propuesta de la OMS, se elaboró un instrumento adaptado según el nivel de complejidad de nuestro hospital, que está aprobado mediante la Resolución Directoral N° 055-2023-DG-HONADOMANI-SB; este instrumento está dividido en tres momentos y cuenta con 53 buenas prácticas que deben ser verificadas:

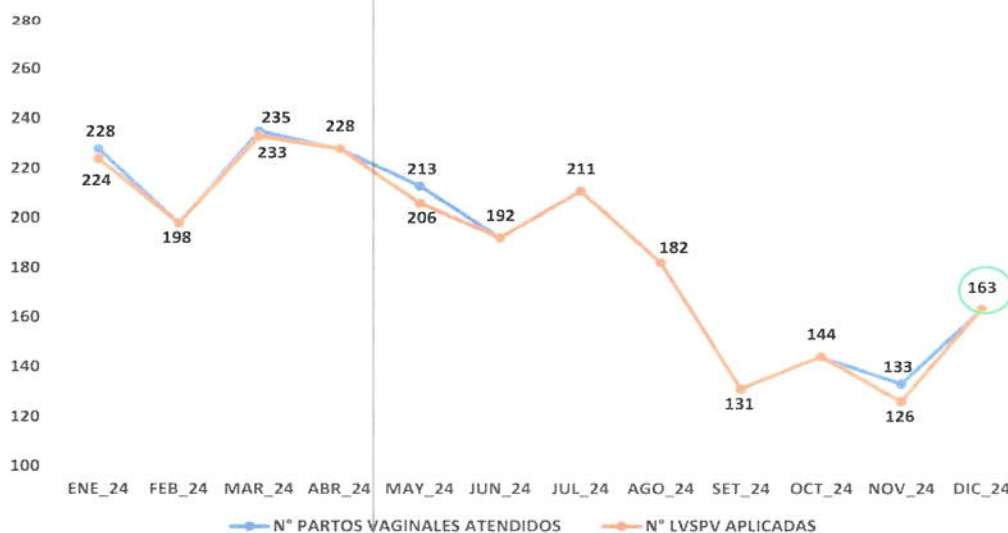
- Primer momento: al ingreso al área de dilatación (21 buenas prácticas a verificar)
- Segundo momento: previo al traslado hacia el área del expulsivo (21 buenas prácticas a verificar)
- Tercer momento: antes de salir del área de puerperio inmediato (11 buenas prácticas a verificar)

Al finalizar cada momento, se requiere que se registre la firma y sello de los profesionales responsables del llenado de la LVSPV. Adicionalmente, se cuenta con un instructivo para asegurar su llenado adecuado.

En el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, la lista de verificación de la seguridad del parto vaginal se viene aplicando en centro obstétrico, desde el mes de junio del 2023 y, la Oficina de Gestión de la Calidad analiza los reportes mensuales de su aplicación y emite un informe mensual de los resultados de ese proceso, el que es remitido a través de la dirección general a los departamentos de ginecoobstetricia y de pediatría.

Gráfico N° 15

LVSPV Aplicadas vs Partos Vaginales Atendidos. Enero a diciembre 2024



Fuente: Reporte del Departamento de Ginecoobstetricia - Centro Obstétrico. Enero a diciembre 2024.

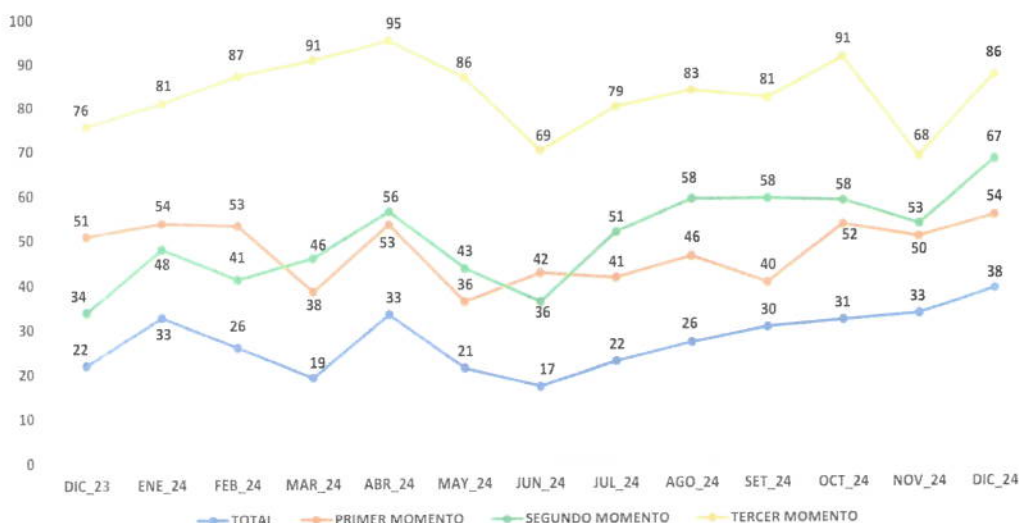




En el gráfico N° 15, se aprecia que de enero a diciembre del 2024 se atendieron 2258 partos vaginales y se aplicaron 2238 LVSPV, lo que representa un 99% de aplicación de la LVSPV.

Gráfico N° 16

Porcentaje de verificación de ítems de la LVSPV total y por cada momento.
Diciembre 2024



Fuente: Reporte del Departamento de Ginecoobstetricia - Centro Obstétrico. Enero a diciembre 2024.

En el gráfico N° 16, se muestra que en el mes de diciembre del 2024 solo el 38% (62 listas) de las LVSPV fueron verificadas en su totalidad. En el análisis por momentos, el tercer momento fue el que obtuvo el porcentaje mayor de verificación (86%), seguido por el segundo momento (67%) y el primer momento (54%). En general, se observa en los tres momentos una tendencia ligeramente ascendente a lo largo del año 2024.

COMENTARIOS SOBRE LA SITUACION DE LA APLICACIÓN DE LA LVSPV EN EL 2024

- En el año 2024 (enero a diciembre 2024) la adherencia de la LVSPV fue del 99%, con un total de 2258 partos vaginales atendidos y 2238 LVSPV aplicadas.
- De enero a diciembre del 2024, en la verificación de los ítems de la LVSPV por cada momento, son los ítems del tercer momento los que son verificados en mayor porcentaje, seguidos de los ítems del segundo momento.
- En general, en relación a la verificación de las buenas prácticas se observa en los tres momentos una tendencia ligeramente ascendente a lo largo del año 2024.

6. EVALUACION DEL GRADO DE ADHERENCIA A LAS GUIAS DE PRACTICA CLINICA Y GUIAS DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL

Mediante la Resolución Directoral N° 062-2023 DG-HONADOMANI-SB, del 12 de mayo del 2023, se aprobó la Guía Técnica: "Metodología para Evaluación del Uso y Grado de Adherencia a las Guías de Práctica Clínica (GPC) y Guías de Procedimiento Asistencial (GPA) en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé" 2023. En el marco



	PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2025 HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME	Versión: 1 Fecha de Elaboración: FEBRERO 2025
---	--	--

de esta norma la Oficina de Gestión de la Calidad analiza los reportes enviados por los departamentos y emite un informe trimestral.

La evaluación de adherencia a Guías de Práctica Clínica (GPC) y Guías de Procedimiento Asistencial (GPA), según la programación de actividades del Plan de Gestión de la Calidad se realiza trimestralmente, a continuación, comentamos algunos resultados de la evaluación.

En el primer trimestre del 2024 se evaluó la adherencia a 23 guías de práctica clínica y a 52 guías de procedimiento asistencial. Así mismo, se ha realizado la verificación de la adherencia a GPC en 106 atenciones y a GPA en 535 procedimientos, haciendo un total de 641 verificaciones de adherencia entre GPC y GPA.

En el segundo trimestre del 2024 se evaluó la adherencia a 10 guías de práctica clínica y a 12 guías de procedimiento asistencial. Así mismo, se ha realizado la verificación de la adherencia a GPC en 77 atenciones y a GPA en 501 procedimientos, haciendo un total de 578 verificaciones de adherencia entre GPC y GPA.

En el tercer trimestre del 2024 se evaluó la adherencia a 16 guías de práctica clínica y a 39 guías de procedimiento asistencial. Así mismo, se ha realizado la verificación de la adherencia a GPC en 69 atenciones y a GPA en 434 procedimientos, haciendo un total de 503 verificaciones de adherencia entre GPC y GPA.

En el cuarto trimestre del 2024 se evaluó la adherencia a 27 guías de práctica clínica y a 48 guías de procedimiento asistencial. Así mismo, se ha realizado la verificación de la adherencia a GPC en 139 atenciones y a GPA en 356 procedimientos, haciendo un total de 495 verificaciones de adherencia entre GPC y GPA.

COMENTARIOS SOBRE LA EVALUACION DEL GRADO DE ADHERENCIA A LAS GUIAS DE PRACTICA CLINICA Y GUIAS DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL EN EL 2024

- En general en el año 2024 se realizó la evaluación de adherencia a 76 guías de práctica clínica y 151 guías de procedimiento asistencial. Así mismo, se realizó la verificación de la adherencia a GPC en 391 atenciones y a GPA en 1826 procedimientos, haciendo un total durante el año 2024 de 2217 verificaciones de adherencia entre GPC y GPA.

Solo el 79% de las listas de evaluación de adherencia a GPC y el 28% de las listas de evaluación de adherencia a GPA han sido llenadas correctamente, según lo establece la Guía Técnica: "Metodología para Evaluación del Uso y Grado de Adherencia a GPC y GPA en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé" 2023

5.3.3 UNIDAD DE GARANTIA DE LA CALIDAD

La Unidad de Garantía de la Calidad contribuye a mejorar el desempeño forma continua y periódica, contribuyendo a que la prestación de servicios sea eficaz, eficiente y segura posible, orientada siempre a la satisfacción del usuario.

La Garantía de la Calidad, se concentra en los sistemas y procesos de prestación de servicios e implica la generación, mantenimiento y mejoramiento de la calidad de servicios de salud, solución de problemas y la mejora de la calidad con un enfoque de trabajo en equipo, para satisfacer necesidades y expectativas de los trabajadores de



	PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2025 HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME	Versión: 1 Fecha de Elaboración: FEBRERO 2025
---	--	---

salud que prestan los servicios de atención, mediante la implementación y desarrollo de las siguientes actividades en el HONADOMANI SB

- ✓ Auto evaluación y acreditación- Organizar la auto evaluación para la acreditación del hospital San Bartolomé y vigilancia permanente del cumplimiento de las normas y estándares de calidad de atención
- ✓ Evaluación de la tecnología médica, basado en la necesidad de los usuarios y el impacto en la población mediante el uso de aplicativos que permiten establecer el diagnóstico situacional de la capacidad resolutive, así como el desempeño de los servicios de salud.
- ✓ Participación en actividad de evaluación de la gestión de los servicios y del hospital.
- ✓ Asistencia técnica en la elaboración, implementación de normas técnicas y/o protocolos de atención.
- ✓ Gestionar la capacidad de los evaluadores internos para la autoevaluación.
- ✓ Auditoria de la calidad de atención de salud.
- ✓ Aplicación y evaluación de instrumentos de medición de la satisfacción del usuario interno y externo, en forma periódica.
- ✓ Propiciar la difusión de los derechos y deberes de los usuarios.

FUNCIONES ESPECIFICAS

- Dirigir, coordinar, organizar, el desarrollo de la metodología cuyo fin permitan implementar procesos de garantía de la Calidad, en coordinación y apoyo del equipo técnico.
- Participar en la planificación, organización, ejecución y control de los procesos propios de la oficina de Gestión de la Calidad.
- Contribuir en la implementación de la auditoria de la calidad de atención.
- Formular, desarrollar y ejecutar planes de desarrollo de procesos de garantía de la calidad del Hospital para la satisfacción del usuario interno y externo.
- Propiciar la organización funcional de los servicios orientados en la acreditación Institucional
- Contribuir en la autoevaluación y monitoreo permanente del cumplimiento de estándares para la acreditación.
- Impulsar y desarrollar investigaciones operativas en calidad a fin de mejorar los procesos que intervienen en estos.
- Otras funciones que le asigne su Jefe inmediato.

Auto evaluación y acreditación

Esta 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, 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.

La Unidad de Garantía de la Calidad, se encarga de organizar la auto evaluación para la acreditación en el hospital San Bartolomé desde la selección, capacitación y desarrollo del proceso y finalmente de la vigilancia en el cumplimiento de las normas y estándares de calidad de atención, esta es una actividad institucional cuyos resultados permiten evaluar el cumplimiento de estándares de calidad. Esta actividad se realiza desde el año 2008 en el Hospital San Bartolomé hasta la actualidad.

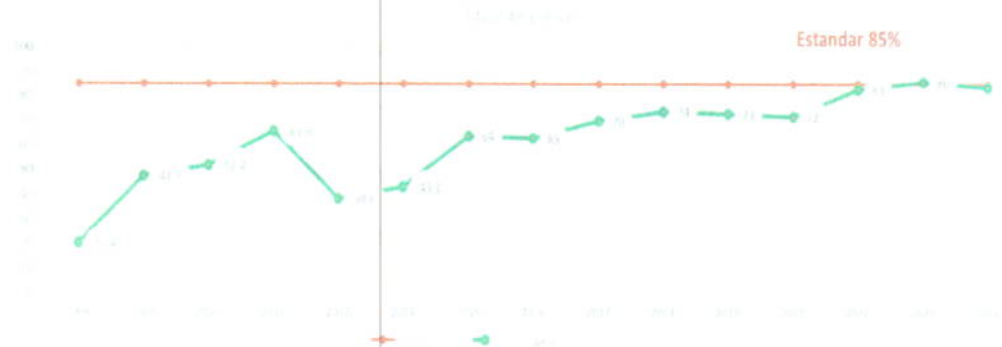




La participación de la Unidad de Garantiza de la Calidad no solo consiste en organizar y gestionar la medición de los estándares de calidad, sino también la intervención a Trávez de estrategias año a año y así asegurar un mejor resultado.

En el presente cuadro se observa la tendencia de los resultados obtenidos de los estándares de calidad por el hospital San Bartolomé desde el año 2008 hasta el año 2024

TENDENCIA DE LOS RESULTADOS DE LA AUTOEVALUACION EN HONADOMANI SB



Comentario

Analizando el presente cuadro podemos concluir que los últimos años hemos logrado aproximarnos al estándar establecido en la Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V-02. Todo ello traduce el cumplimiento de estándares de calidad en las diferentes áreas del hospital como respuesta a las intervenciones de mejora que realizamos año a año.

Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud

La auditoría de la calidad de la atención en salud es uno de los mecanismos e instrumentos que el Ministerio en Salud reconoce para evaluar directamente la propia atención de salud que se brinda a los usuarios individualmente, desde la perspectiva de la calidad.

En el HONADOMANI SB, contamos con el comité de auditoría médica y el comité de auditoría en salud, están integrados por auditores con competencias en auditoría respaldados por Universidades y/o el Colegio médico con registro de auditor, ambos comités reconocidos con RD del hospital.

Las actividades que ambos comités realizan responden al plan de auditoria del hospital aprobado oficialmente.

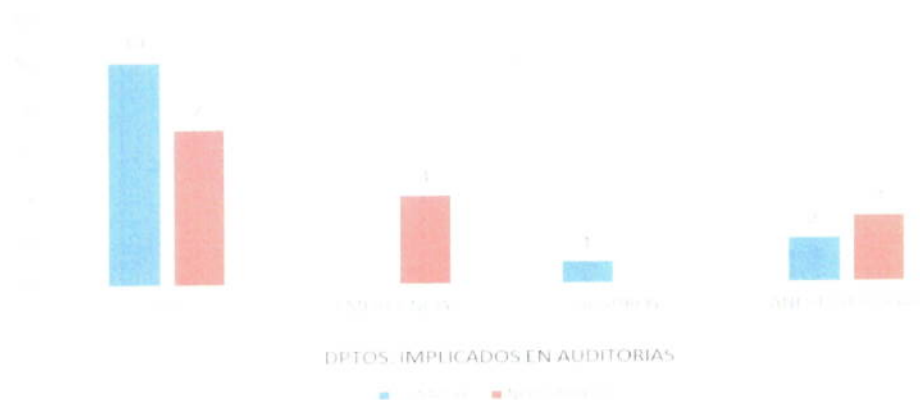
Respecto al cumplimiento de las actividades contenidas en el plan de auditoria estas se cumplieron en un 66% en el año 2024, estuvo relacionado con los cambios de los integrantes del comité y en otros casos responden al cumplimiento de los departamentos médicos vinculantes con las auditorias.

El resultado del monitoreo respecto al cumplimiento de las recomendaciones de las auditorias en los departamentos, se presentan a continuación



	PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2025 HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME	Versión:	1
		Fecha de Elaboración:	FEBRERO 2025

CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DE LAS AUDITORIAS



CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES

TAREAS PROGRAMADAS

Auditoria medica

- ✓ Plan de auditoria medica: Programado y ejecutado
- ✓ Seguimiento de recomendaciones de auditoría de casos: Programado y ejecutado
- ✓ Evaluación del plan de auditoria medica: programado y ejecutado

Autoevaluación periódica

- ✓ Elaboración del plan de Autoevaluación 2024: Programado y ejecutado
- ✓ Capacitación del equipo de evaluadores internos para Autoevaluación: Programado y ejecutado
- ✓ Ejecución del plan de la Autoevaluación 2024: Programado y ejecutado
- ✓ Difusión de los resultados de la Autoevaluación 2024: Programado y ejecutado

Seguimiento de estándares de acreditación

- ✓ Elaboración del plan de intervención de autoevaluación: Programado y en proceso de ejecución
- ✓ Asistencia Técnica en los procesos observados de autoevaluación 2024 : Programado y en proceso de ejecución
- ✓ Elaboración del plan de mejora post autoevaluación
- ✓ Diseño, validación de instrumentos físicos y virtuales para el monitoreo del cumplimiento de los criterios de la autoevaluación.





Matriz de Seguimiento del Cumplimiento de Implementación de las Recomendaciones de la Auditoría

MATRIZ DE PROCESO DE AUTOEVALUACION
2024

▼ WHO MADE PRO... Today +

[illegible]

	PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2025 HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME	Versión: 1 Fecha de Elaboración: FEBRERO 2025
---	--	---

RETOS Y OPORTUNIDADES

Factores críticos y favorables en el periodo

Los **factores críticos** a destacar son los siguientes:

- ✓ No todos los integrantes del comité de auditoría medica disponen del tiempo en el día destinado por la mayoría de los auditores para reunirse, lo que retrasa la elaboración de los informes.
- ✓ *El hospital no cuenta con acceso a una base de datos internacional (Revista Indexada), para acciones de auditoría.*
- ✓ Poco compromiso de los médicos con competencias en auditoria para integrar los comités periféricos es decir de sus departamentos.

Los **factores favorables** a destacar son los siguientes:

- ✓ Capacidades, habilidades y actitudes óptimas necesarias en el ejercicio de las funciones asignadas.

RECOMENDACIONES

- ✓ Los comités de auditoría dispongan de equipos informáticos con acceso a internet y a revistas electrónicas virtuales.
- ✓ Apoyo de los Departamentos médicos para asignar recursos humanos con competencias en auditoria para fortalecer los comités periféricos
Participación activa de los integrantes del equipo de acreditación del hospital a fin en actividades de mejora post autoevaluación.



5.4. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL PEI Y ARTICULACIÓN 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.

Tabla N° 10. Articulación estratégica y operativa

PEI Objetivos estratégicos	PEI Acciones estratégicas	Alineamiento con las Categorías Presupuestales del POI	Objetivo General del Plan de Gestión de la Calidad
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.	AOEI.04.2. Gestión orientada a resultados al servicio de la población con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados	9001 ACCIONES CENTRALES 500003 gestión Administrativa	Fortalecer las intervenciones de seguridad de la atención, la gestión de riesgos, la mejora continua y la cultura de calidad, que conduzcan a la acreditación del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé para la satisfacción de los usuarios.

5.5. ACTIVIDADES POR OBJETIVOS

La matriz de actividades por objetivos estratégicos, así como el cronograma y los responsables de estas están incluidas en el Anexo 1.

5.6. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

El presupuesto y financiamiento para el cumplimiento del presente plan está considerado en el Plan Operativo Institucional (POI) anual 2025 del HONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ" aprobado con Resolución Directoral N° 276 2024-DG-HONADOMANI SB, en el que están consideradas todas las actividades propuestas para el cumplimiento de los objetivos planteados en el Plan de Gestión de la Calidad 2025. Se financian con los recursos de la fuente de financiamiento de Recursos Ordinarios del Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé", los cuales dependen de la asignación presupuestal de las demandas adicionales solicitadas en el año fiscal vigente.





PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2025
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN
BARTOLOME

Versión: 1
Fecha de Elaboración: FEBRERO 2025

UNIDAD ORGÁNICA	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD				
OBJETIVO GENERAL	Fortalecer las intervenciones de seguridad de la atención, la gestión de riesgos, la mejora continua y la cultura de calidad, que conduzcan a la acreditación del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé para la satisfacción de los usuarios.				
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD / TAREAS	Insumo	unidad de Medida	cantidad	valorización
OE 1. Fortalecer la organización de la calidad, las buenas prácticas de atención y gestión de riesgo para la seguridad del paciente	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2025 Y ELABORACIÓN DEL PLAN GESTIÓN DE LA CALIDAD 2026	Recursos Humanos, Material de escritorio Equipo Informatico	-	-	1290
	SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Recursos Humanos, Material de escritorio Equipo Informatico	-	-	1290
	GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Recursos Humanos, Material de escritorio Equipo Informatico	-	-	1290
	ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DEL CRONOGRAMA DE RONDAS DE SEGURIDAD Y CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE RONDAS DE SEGURIDAD	Recursos Humanos, Material de escritorio Material impreso Equipo Informatico	-	-	1290
	EJECUCIÓN DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD	Recursos Humanos	-	-	1290
	SEGUIMIENTO DEL CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD	Recursos Humanos, Material de escritorio Equipo Informatico	-	-	1290
	MONITOREO DEL CUMPLIMIENTO DE LA APLICACIÓN DE LA LVCS	Recursos Humanos, Material de escritorio Equipo Informatico	-	-	1290
	SUPERVISIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA LVCS	Recursos Humanos, Material de escritorio Equipo Informatico	-	-	1290
	APLICACIÓN DE LA ENCUESTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LVSC	Recursos Humanos, Material de escritorio Equipo Informatico	-	-	1290
	MONITOREO DEL CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD DEL PARTO VAGINAL (LVSPV)	Recursos Humanos, Material de escritorio Equipo Informatico	-	-	1290
	REPORTES DE INCIDENTES DE SEGURIDAD	Recursos Humanos, Material de escritorio Equipo Informatico	-	-	1290
	ANÁLISIS Y RECOMENDACIONES DE LOS REPORTES DE INCIDENTES DE SEGURIDAD	Recursos Humanos, Material de escritorio Equipo Informatico	-	-	1290
	DESARROLLO DE ANÁLISIS CAUSA RAIZ DE EVENTOS CENTINELA (ACR)	Recursos Humanos, Material de escritorio Equipo Informatico	-	-	1290
	MONITOREO DEL CUMPLIMIENTO DE RECOMENDACIONES DE ANÁLISIS CAUSAL DE EVENTOS ADVERSOS (ACR)	Recursos Humanos, Material de escritorio Equipo Informatico	-	-	1290





PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2025
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN
BARTOLOME

Versión: 1
Fecha de FEBRERO
Elaboración: 2025

UNIDAD ORGÁNICA	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD				
OBJETIVO GENERAL	Fortalecer las intervenciones de seguridad de la atención, la gestión de riesgos, la mejora continua y la cultura de calidad, que conduzcan a la acreditación del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé para la satisfacción de los usuarios.				
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD / TAREAS	Insumo	unidad de Medida	cantidad	valorización
OE 2. Mejorar los procesos de atención al usuario externo en salud	ASISTENCIA TÉCNICA DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	Recursos Humanos, Material de escritorio Equipo Informatico	-	-	1290
	CAPACITACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LOS ENCUESTADORES	Recursos Humanos, Material de escritorio Equipo Informatico	-	-	1290
	EJECUCIÓN DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO	Locadores	1,130	5	5650
	ELABORACIÓN DE INFORMES DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO (CONSULTA EXTERNA /HOSPITALIZACIÓN/ EMERGENCIA)	Recursos Humanos, Material de escritorio Equipo Informatico	-	-	1290
	CAPACITACIÓN DE LOS EQUIPOS DE MEJORA CONTINUA	Recursos Humanos, Material de escritorio Equipo Informatico	-	-	1290
	ASISTENCIA TÉCNICA A EQUIPOS DE MEJORA PARA LA DESARROLLO DE LOS PMC	Recursos Humanos, Material de escritorio Equipo Informatico	-	-	1290
	SEGUIMIENTO DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA	Recursos Humanos, Material de escritorio Equipo Informatico	-	-	1290
	ASISTENCIA TÉCNICA PARA DESARROLLO DE ACCIONES DE MEJORA	Recursos Humanos, Material de escritorio Equipo Informatico	-	-	1290
	MEDICIÓN DEL TIEMPO DE ESPERA	Locadores	1,130	6	6780
	ELABORACIÓN, APROBACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN CERO COLAS	Recursos Humanos, Material de escritorio Equipo Informatico	-	-	1290
	ASISTENCIA TÉCNICA DE GUÍAS DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL	Recursos Humanos, Material de escritorio Equipo Informatico	-	-	1290
	EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE ÁREAS Y PROCEDIMIENTOS PRIORIZADAS	Recursos Humanos, Material de escritorio Equipo Informatico	-	-	1315.71





PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2025
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN
BARTOLOME

Versión: 1
Fecha de Elaboración: FEBRERO 2025

UNIDAD ORGÁNICA	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD				
OBJETIVO GENERAL	Fortalecer las intervenciones de seguridad de la atención, la gestión de riesgos, la mejora continua y la cultura de calidad, que conduzcan a la acreditación del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé para la satisfacción de los usuarios.				
OBJETIVOS	ACTIVIDAD / TAREAS	Insumo	unidad de Medida	cantidad	valorización
OE 3. Desarrollar mecanismos de atención e información al usuario	ATENCIÓN DE LOS RECLAMOS DE LOS USUARIOS EXTERNOS PRESENTADOS EN EL LIBRO DE RECLAMACIONES	Recursos Humanos, Material de escritorio Equipo Informático	-	-	1290
	REPORTE SEMESTRAL DEL LIBRO DE RECLAMACIONES - OCI	Recursos Humanos, Material de escritorio Equipo Informático	-	-	1290
	REPORTE A SUSALUD (SETI-RECLAMOS)	Recursos Humanos, Material de escritorio Equipo Informático	-	-	1290
OE 4. Evaluar la calidad técnica de atención en salud	ELABORACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE MEJORA POST AUTOEVALUACIÓN	Recursos Humanos, Material de escritorio Equipo Informático	-	-	1290
	ELABORACIÓN, APROBACIÓN Y EJECUCIÓN EL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2024	Recursos Humanos, Material de escritorio Equipo Informático	-	-	1290
	ELABORACIÓN DEL PLAN ANUAL DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN (CRONOGRAMA)	Recursos Humanos, Material de escritorio Equipo Informático	-	-	1290
	DESARROLLO DE AUDITORÍAS DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN	Recursos Humanos, Material de escritorio Equipo Informático	-	-	1290
	SEGUIMIENTO DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES	Recursos Humanos, Material de escritorio Equipo Informático	-	-	1290
	ASISTENCIA TÉCNICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN ISO	Recursos Humanos, Material de escritorio Equipo Informático	-	-	1290

TOTAL

55025.71



5.7. ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN

El presente plan será objeto de monitoreo mensual y de evaluación semestral y anual con los siguientes indicadores por objetivos.

OBJETIVO	INDICADOR	FÓRMULA	UNIDAD DE MEDIDA	PERIODICIDAD	META PROGRAMADA	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESPONSABLE*
OG: Fortalecer las intervenciones de seguridad de la atención, la gestión de riesgos, la mejora continua y la cultura de calidad, que conduzcan a la acreditación del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé para la satisfacción de los usuarios.	Porcentaje de satisfacción del usuario	$= \frac{\text{Total de usuarios encuestados satisfechos}}{\text{Total de usuarios encuestados}} \times 100$	Porcentaje	Anual	> 70%	Informe de evaluación de la satisfacción de los usuarios	Oficina de Gestión de la Calidad
OE1: Fortalecer la organización de la calidad, las buenas prácticas de atención y gestión de riesgo para la seguridad del paciente	Porcentaje del cumplimiento de buenas prácticas	$= \frac{\text{Total de buenas prácticas cumplidas}}{\text{Total de buenas prácticas evaluadas}} \times 100$	Porcentaje	Semestral	> 70%	Informe de las Rondas de Seguridad	Unidad de Seguridad del Paciente
	Tasa de incidentes de seguridad del paciente	$= \frac{\text{N° de incidentes de seguridad del paciente}}{\text{Total de pacientes hospitalizados}} \times 100$	Porcentaje	Mensual	-	Reporte de incidentes de seguridad del paciente/Reporte de hospitalizados (Of. Estadística)	Unidad de Seguridad del Paciente
OE2: Mejorar los procesos de atención al usuario externo en salud	Porcentaje de avance en la implementación de proyectos de mejora	$= \frac{\text{Total de proyectos de mejora con avance >60\%}}{\text{Total de proyectos de mejora en implementación}} \times 100$	Porcentaje	Anual	80%	Informe de proyectos de mejora en implementación	Unidad de Mejora Continua de la Calidad
	Porcentaje de implementación de acciones de mejora	$= \frac{\text{Total de acciones de mejora implementadas}}{\text{Total de acciones de mejora propuestas}} \times 100$	Porcentaje	Anual	90%	Informe de acciones de mejora	Unidad de Mejora Continua de la Calidad
	Promedio de tiempo de espera en consulta externa	$= \frac{\text{Suma de tiempo promedio transcurrido de espera antes de la entrada al consultorio médico}}{\text{N° de mediciones realizadas del tiempo de espera}}$	Promedio	Anual	Disminuir en un 10% tiempo de espera del usuario con relación al año 2023	Informe de tiempo de espera	Unidad de Mejora Continua de la Calidad
OE3: Desarrollar mecanismos de atención e información al usuario	Porcentaje de reclamos atendidos oportunamente	$= \frac{\text{N° de reclamos atendidos oportunamente}}{\text{N° de reclamos}} \times 100$	Porcentaje	Mensual	100%	Informe mensual de reclamo	Unidad de Mejora Continua de la Calidad
OE4: Evaluar la calidad técnica de atención en salud	Resultado de autoevaluación	$= \frac{\text{N° de macroprocesos aprobados}}{\text{Total de macroprocesos evaluados}} \times 100$	Porcentaje	Anual	>85%	Autoevaluación	Unidad de Garantía de la Calidad
	Porcentaje de cumplimiento de auditorías	$= \frac{\text{N° de informes de auditorías realizadas}}{\text{N° de auditorías requeridas}} \times 100$	Porcentaje	Anual	100%	Informe de auditoría	Unidad de Garantía de la Calidad

(*) Se refiere a la responsabilidad de la medición del indicador.

	PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2025 HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME		Versión:	1
			Fecha de Elaboración:	FEBRERO 2025

VI. RESPONSABILIDADES

La Oficina de Gestión de la Calidad del HONADOMANI, será responsable del cumplimiento, monitoreo y evaluación del presente Plan.

VII. ANEXOS

Anexo 1: Matriz de Programación del Plan de Gestión de la Calidad 2024, del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/DM, que aprueba el "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
2. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica: "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad".
3. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la "NTS N° 029 MINSA/DIGEPRES-V.02, Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud"
4. Superintendencia Nacional de Salud - Decreto Supremo N° 031-2014-SA.- Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD.



ANEXO 1: Matriz de Programación del Plan de Gestión de la Calidad 2025, del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. (Parte 1)

UNIDAD ORGÁNICA	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD							
OBJETIVO GENERAL	Fortalecer las intervenciones de seguridad de la atención, la gestión de riesgos, la mejora continua y la cultura de calidad, que conduzcan a la acreditación del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé para la satisfacción de los usuarios.							
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD / TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS					Responsable
			I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	ANUAL	
OE 1. Fortalecer la organización de la calidad, las buenas prácticas de atención y gestión de riesgo para la seguridad del paciente	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2025 Y ELABORACIÓN DEL PLAN GESTIÓN DE LA CALIDAD 2026	INFORME	1	3	4	4	12	Jefatura OGC
	SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	ACCION	3	3	3	3	12	Jefatura OGC
	GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	ACCION	3	3	3	3	12	Jefatura OGC
	ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DEL CRONOGRAMA DE RONDAS DE SEGURIDAD Y CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE RONDAS DE SEGURIDAD	INFORME	2	0	0	0	2	Equipo de Seguridad del Paciente
	EJECUCIÓN DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD	ACCION	3	3	3	3	12	
	SEGUIMIENTO DEL CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD	ACCION	0	0	0	1	1	
	MONITOREO DEL CUMPLIMIENTO DE LA APLICACIÓN DE LA LVCS	ACCION	3	3	3	3	12	
	SUPERVISIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA LVCS	INFORME	1	0	1	0	2	
	APLICACIÓN DE LA ENCUESTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LVSC	INFORME	1	0	1	0	2	
	MONITOREO DEL CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD DEL PARTO VAGINAL (LVSPV)	ACCION	3	3	3	3	12	
	REPORTES DE INCIDENTES DE SEGURIDAD	ACCION	3	3	3	3	12	
	ANÁLISIS Y RECOMENDACIONES DE LOS REPORTES DE INCIDENTES DE SEGURIDAD	INFORME	1	0	1	0	2	
	DESARROLLO DE ANÁLISIS CAUSA RAÍZ DE EVENTOS CENTINELA (ACR)	INFORME	1	1	2	0	4	
	MONITOREO DEL CUMPLIMIENTO DE RECOMENDACIONES DE ANÁLISIS CAUSAL DE EVENTOS ADVERSOS (ACR)	ACCION	0	1	0	1	2	





ANEXO 1: Matriz de Programación del Plan de Gestión de la Calidad 2025, del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. (Parte 2)

UNIDAD ORGÁNICA	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD								
OBJETIVO GENERAL	Fortalecer las intervenciones de seguridad de la atención, la gestión de riesgos, la mejora continua y la cultura de calidad, que conduzcan a la acreditación del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé para la satisfacción de los usuarios.								
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD / TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS					Responsable	
			I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	ANUAL		
OE 2. Mejorar los procesos de atención al usuario externo en salud	ASISTENCIA TÉCNICA DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	Informe	0	0	1	1	2	Jefatura OGC	
	CAPACITACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LOS ENCUESTADORES	PERSONA CAPACITADA	0	0	5	0	5	Equipo de Mejora Continua de Calidad	
	EJECUCIÓN DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO	ACCION	0	0	1290	0	1290		
	ELABORACIÓN DE INFORMES DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO (CONSULTA EXTERNA /HOSPITALIZACIÓN/ EMERGENCIA)	INFORME	0	0	1	2	3		
	CAPACITACIÓN DE LOS EQUIPOS DE MEJORA CONTINUA	PERSONA CAPACITADA	0	30	0	0	30		
	ASISTENCIA TÉCNICA A EQUIPOS DE MEJORA PARA LA DESARROLLO DE LOS PMC	ACCION	3	3	3	3	12		
	SEGUIMIENTO DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA	ACCION	3	3	3	3	12		
	ASISTENCIA TÉCNICA PARA DESARROLLO DE ACCIONES DE MEJORA	ACCION	3	3	3	3	12		
	MEDICIÓN DEL TIEMPO DE ESPERA	ACCION	0	0	1	0	1		
	ELABORACIÓN, APROBACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN CERO COLAS	INFORME	2	0	1	2	5		
	ASISTENCIA TÉCNICA DE GUÍAS DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL	Informe	3	3	3	3	12		
	EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE ÁREAS Y PROCEDIMIENTOS PRIORIZADAS	Informe	1	1	1	1	4	Equipo de Seguridad del Paciente	



ANEXO 1: Matriz de Programación del Plan de Gestión de la Calidad 2025, del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. (Parte 3)

UNIDAD ORGÁNICA	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD							
OBJETIVO GENERAL	Fortalecer las intervenciones de seguridad de la atención, la gestión de riesgos, la mejora continua y la cultura de calidad, que conduzcan a la acreditación del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé para la satisfacción de los usuarios.							
OBJETIVOS EPECÍFICOS	ACTIVIDAD / TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS					Responsable
			I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	ANUAL	
OE 3. Desarrollar mecanismos de atención e información al usuario	ATENCIÓN DE LOS RECLAMOS DE LOS USUARIOS EXTERNOS PRESENTADOS EN EL LIBRO DE RECLAMACIONES	ACCION	30	30	30	30	120	Equipo de Mejora Continua de Calidad
	REPORTE SEMESTRAL DEL LIBRO DE RECLAMACIONES - OCI	REPORTE	1	0	1	0	2	
	REPORTE A SUSALUD (SETI-RECLAMOS)	ACCION	3	3	3	3	12	
OE 4. Evaluar la calidad técnica de atención en salud	ELABORACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE MEJORA POST AUTOEVALUACIÓN	INFORME	1	1	1	0	3	Equipo de Garantía de Calidad
	ELABORACIÓN, APROBACIÓN Y EJECUCIÓN EL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2024	INFORME	0	0	1	1	2	
	ELABORACIÓN DEL PLAN ANUAL DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN (CRONOGRAMA)	INFORME	0	0	0	1	1	
	DESARROLLO DE AUDITORÍAS DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN	ACCION	1	1	1	1	4	
	SEGUIMIENTO DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES	ACCION	1	1	1	1	4	
	ASISTENCIA TÉCNICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN ISO	ACCION	0	1	0	1	2	

