



Resolución Directoral

Santa Anita, 17 de Mayo del 2018

VISTOS:

Los Expedientes N° 18MP-03536-00 y Expediente N° 18MP-04644-00, el cual contiene el Informe No. 006/OGC-HHV/2018, de fecha 05 de Abril del 2018, de la Oficina de Gestión de la Calidad, el mismo que solicita "Aprobación del Plan de Mejora Continua de la Calidad en Salud del Hospital Hermilio Valdizán, periodo 2018" y;

CONSIDERANDO:

Que, el Artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842 – Ley General de la Salud, establece que es responsabilidad del Estado, promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el documento Técnico denominado Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, con el objetivo de "Establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud, siendo uno de sus procesos la seguridad del paciente";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, se aprobó la "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora Continua y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad", cuya finalidad es contribuir a la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud y sus actividades, dirigidas a la mejora continua de los procesos a través de la aplicación de las técnicas y herramientas para la gestión de la calidad;

Que, la Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, Aprueba las "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud" que permite estandarizar los elementos conceptuales, estructurales y metodológicos más relevantes en el ciclo de producción normativa del Ministerio de Salud, así como brindar a las instancias reguladoras del Ministerio de Salud una herramienta que facilite el desarrollo de sus funciones normativas;

Que, el numeral 6.1.4 de las Normas antes mencionada, precisa que: "Documento Técnico es la denominación genérica de aquella publicación del Ministerio de Salud que contiene información sistematizada o disposición sobre un determinado aspecto sanitario o administrativo, o que fija posición sobre él y que la Autoridad Nacional de Salud considera necesario enfatizar o difundir autorizándola expresamente;

Que, el artículo 17° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán (ROF), aprobado mediante Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM, señala que la Oficina de Gestión de la Calidad es la encargada de implementar y promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al usuario, con la participación activa del personal;



Resolución Directoral

Santa Anita, 17 de Mayo del 2018

Que, mediante Resolución Directoral Nº 052-DG/HHV-2017, de fecha 28 de Febrero del 2017, se "Aprobó el Plan de Mejora Continua de la Calidad en Salud 2017 del Hospital Hermilio Valdizán";

Que, acorde al Informe Nº 006/OGC-HHV/2018, de fecha 05 de abril del 2018, emitido por la Oficina de Gestión de la Calidad y atendiendo que el mencionado "Plan de Mejora Continua de la Calidad" tiene como objetivos específicos i) Alcanzar mayores estándares de calidad en el proceso de autoevaluación de los macro procesos, ii) Evaluar el grado de satisfacción del usuario externo y mejorar la atención en consulta externa, iii) Fortalecer y gestionar la plataforma de atención al usuario externo, iv) Gestionar el riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente y v) Ejecutar procesos de auditoria de la calidad de atención en salud, resulta conveniente emitir acto resolutorio Aprobando el Plan de mejora Continua de la Calidad en Salud del Hospital Hermilio Valdizán, periodo 2018;

En uso de las facultades conferidas por el Artículo 11º inciso c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán", aprobado por Resolución Ministerial Nº 797-2003-SA/DM; y, contando con al visación de la Dirección Adjunta de la Dirección General, Oficina de Gestión de la Calidad y la Oficina de Asesoría Jurídica;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- APROBAR el PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN, PERIODO 2018, el mismo que consta de doce (12) páginas, formando parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2º.- DISPONER que la Oficina de Gestión de la Calidad difunda e implemente el Plan, así mismo informará periódicamente a la Dirección General sobre su desarrollo.

Artículo 3º.- ENCARGAR a la Oficina de Estadística e Informática, la publicación de la presente Resolución en el Portal Web Institucional del Hospital Hermilio Valdizán.

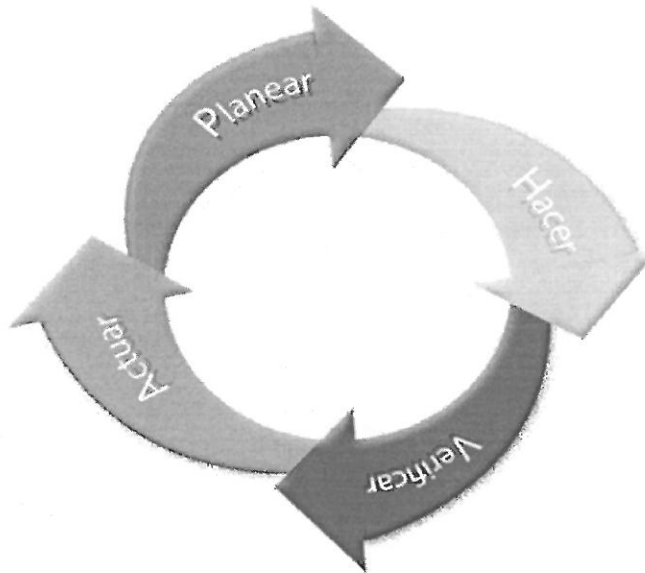
Regístrese y Comuníquese y Archívese,

MINISTERIO DE SALUD
Hospital "Hermilio Valdizán"

M.C. Gloria Luz Cueva Vergara
Directora General (e)
CMP 2149, RNE 12799

GLCV/egc.
Distribución:
SDG
OGC
OAJ
OCI
INFORMÁTICA
INTERESADOS
FILE IV RESOLUCIONES – 2018

**HOSPITAL
HERMILIO VALDIZAN
Oficina de Gestión de la Calidad**



**PLAN DE MEJORA CONTINUA
DE LA CALIDAD EN SALUD**

2018

LIMA - PERU

13

NDICE

	<i>Pag.</i>
I. PRESENTACION	3
II. MARCO CONCEPTUAL	4
III. FINALIDAD	4
IV. BASE LEGAL	4
V. ALCANCE	5
VI. METODOLOGIA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD	5
VII. IDENTIFICACION Y PRIORIZACION DEL PROBLEMA	7
VIII. OBJETIVOS	8
IX. ANEXOS	10



12

I. PRESENTACION

La mejora continua de la calidad de atención en salud constituye uno de los objetivos principales de la Oficina de Gestión de la Calidad, el mismo que se desarrolla a partir de las oportunidades de mejora provenientes de los procesos de auditoría, autoevaluación, seguridad del paciente, así como de la percepción de los usuarios externos expresadas en el buzón de sugerencias y en el libro de reclamaciones del hospital

El Plan de Mejora Continua de la Calidad sintetiza los principales problemas relacionados a la calidad de atención en salud tanto en el área asistencial como administrativa, problemas que luego de un análisis causal deben desencadenar una serie de acciones de mejora que para su cumplimiento requerirán del compromiso y participación del personal de la institución pues son ellos los actores principales en el proceso de producción de servicios y de la mejora de los mismos

El Plan de Mejora Continua de la Calidad sigue la metodología del círculo de Deming basada en 4 pasos como son el de planear, hacer, verificar y actuar, metodología aplicable en los diversos procesos estratégicos, misionales y de apoyo en el que la oficina de calidad interviene identificando y analizando el problema, proponiendo acciones de mejora, haciendo seguimiento a las acciones y replicando las experiencias exitosas en otras áreas



Un rol importante en la formulación del plan y su ejecución desempeña el Comité de Mejora Continua de los Servicios de Salud, conformado por personal comprometido con la institución y encargado de promover las condiciones que garanticen la formulación, ejecución, evaluación y retroalimentación de las propuestas de mejora en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.

II. MARCO CONCEPTUAL

El Hospital Hermilio Valdizán es una institución especializada en la atención de psiquiatría y salud mental, la reforma de la atención en salud mental plantea el reto de redefinir su rol y naturaleza de ser, desarrollando la profesionalización, especialización y subespecialización de sus recursos humanos, planteando nuevos modelos de atención y dentro de ellos mejorando sus procesos y procedimientos de atención tendientes a mejorar la satisfacción de los usuarios externos, propiciar la defensa de sus derechos a fin de contribuir a mejorar la calidad de vida y desarrollo psicosocial de la población peruana.

El Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, como política del Ministerio de Salud se ha propuesto desarrollar una serie de líneas de acción que van desde la auditoría de la calidad en salud, autoevaluación, seguridad del paciente, escucha al usuario externo, entre otras a través de las cuales se identifican los problemas, se realiza un análisis de los mismos y se plantean planes o acciones de mejora continua de los procesos que garanticen un servicio de calidad a los usuarios externos en nuestro hospital.

III. FINALIDAD

Identificar oportunidades de mejora y proponer acciones y/o planes de mejora continua de procesos estratégicos, misionales y de apoyo

IV. BASE LEGAL



- Ley N° 26842, Ley General de la Salud.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 640-2006/MINSA, que aprueba el Manual para la Mejora Continua de la Calidad.
- Decreto Supremo N° 023-2005-SA, Aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud; y sus modificatorias.

V. ALCANCE

Intervienen todas las Unidades Orgánicas que constituyen el Hospital Hermilio Valdizán, con cuya participación coordinada y consensuada se logrará el fortalecimiento y mejora de la calidad de servicios.

VI. METODOLOGÍA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD

A partir de la identificación del problema deben establecerse procedimientos y estrategias de solución que contribuirán a la mejora continua del proceso, los problemas deben seleccionarse para que su solución signifique un avance y genere satisfacción y motivación en los actores que en ella intervienen.

El estudio del problema, el conocimiento y mapeo del proceso constituyen el punto de partida para intervenir y ejecutar acciones para la mejora continua, verificar o hacer seguimiento a las acciones de mejora y así estandarizar la solución y retroalimentar el proceso.

El círculo de Deming o ciclo PDCA constituye una estrategia de intervención para la mejora continua de la calidad en 4 pasos: Planear, Hacer, Verificar, Actuar constituyendo el cumplimiento de dichos pasos en una acción de mejora continua de la calidad. De acuerdo a ello deben seguirse los siguientes pasos:



Identificar el proceso a mejorar:

Planear

- Identificar problemas en el proceso a mejorar a partir del levantamiento de información
- Analizar la información hacer un mapeo y evaluación del proceso vigente identificando las causas del problema
- Revisar marco normativo relacionado al problema identificado
- Definir objetivo viable posible de alcanzarse

Hacer

- Proponer, recomendar y gestionar las acciones, planes o proyectos correspondientes a partir del problema identificado tendiente a mejorar el proceso

Verificar

- Hacer seguimiento a la gestión realizada para la mejora de los procesos
- Comprobar que la recomendación o propuesta se ha implementado

Actuar

- Replicar en otras áreas o unidades orgánicas la acción de mejora implementada
- Involucrar a los usuarios internos preferentemente de aquellos servicios que presentan nudos críticos en su proceso coadyuven en la implementación de la mejora.

Se priorizará el desarrollo e implementación de acciones, planes o proyectos de mejora en los servicios asistenciales del hospital.



VII. IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACION DE PROBLEMAS

LISTADO DE PROBLEMAS
Rol y misión de las unidades orgánicas desactualizadas
Sistema de citas a pacientes nuevos genera insatisfacción
Tiempo de espera prolongado para la atención en consulta externa
Unidad de admisión no implementado
Sistema de referencias y contrareferencias parcialmente implementado
Baja cobertura de evaluación médica integral del paciente nuevo
Deficiente orientación e información al usuario externo
Deficiente soporte informático y conectividad a internet
Guías de Práctica Clínica desactualizadas
Manual de procedimientos directivos, misionales y de apoyo desactualizados
No hay programa de seguimiento y control de pacientes con alta médica de hospitalización
Insuficiente registro de información en Emergencia
Falta de fortalecimiento de competencias del personal de salud
Bajas coberturas de hospitalización
Insuficiente dotación de materiales, insumos y equipos en los servicios de hospitalización, consulta externa y emergencia
No provisión de agua segura
Inadecuado registro de historias clínicas
Falta de formatos de registro en historias clínicas
Persistentes grados de insatisfacción del usuario externo
Escasa señalización en las áreas asistenciales y administrativas
Falta de actualización de los paneles informativos, croquis del hospital y un directorio médico visible.
Escaso mantenimiento preventivo de equipos biomédicos
Inadecuado clima organizacional



07

VIII. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Mejorar la calidad de atención en salud en nuestro hospital

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Alcanzar mayores estándares de calidad en el proceso de autoevaluación de los macro procesos
- Evaluar el grado de satisfacción del usuario externo y mejorar la atención en consulta externa
- Fortalecer y gestionar la plataforma de atención al usuario externo
- Gestionar el riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente
- Ejecutar procesos de auditoría de la calidad de atención en salud

CORRELACION DE OBJETIVOS GENERALES, OBJETIVOS ESPECIFICOS Y ACTIVIDADES

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES
Mejorar la calidad de atención en salud en nuestro hospital	Alcanzar mayores estándares de calidad en el proceso de autoevaluación de los macro procesos	Proponer y oficializar Comité de Autoevaluación
		Formular y ejecutar Plan de Autoevaluación
		Proponer y gestionar acciones, planes o proyectos de mejora continua
	Implementar acciones, planes y proyectos de mejora continua	Proponer y oficializar Comité de Mejora continua de la calidad
		Formular Plan de Mejora Continua de la Calidad
		Elaborar instrumento de registro de las acciones de mejora continua de la calidad
		Formular y ejecutar proyectos de mejora continua de la calidad
	Evaluar el grado de satisfacción del usuario externo y mejorar la atención en consulta externa	Ejecutar encuesta SERVQUAL
		Proponer el Plan "Cola Cero"
		Proponer y gestionar acciones o planes de mejora continua
	Implementar y gestionar la plataforma de atención al usuario externo	Elaborar Plan de Plataforma de Atención al Usuario Externo
		Proponer y oficializar Comité de Gestión de las Relaciones con el Usuario Externo
		Instalar y gestionar buzones de sugerencias
Gestionar libro de reclamaciones		



		Proponer y gestionar acciones o planes de mejora continua
Gestionar el riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente		Proponer y oficializar Comité de Seguridad del Paciente
		Formular y ejecutar Plan de Seguridad del Paciente
		Proponer y gestionar acciones o planes de mejora continua
Ejecutar procesos de auditoría de la calidad de atención en salud		Proponer y oficializar Comité de Auditoría
		Formular y ejecutar Plan de Auditoría de la calidad en salud
		Proponer y gestionar acciones o planes de mejora continua



05

IX. ANEXOS:

Programación de Actividades del Comité de Mejora Continua 2018

Objetivo General	Objetivos Específicos	Actividades	Unidad de Medida	Meta	Cronograma de Ejecución				Responsable		
					IT	II	III	IV			
Mejorar la calidad de atención en salud en nuestro hospital	Alcanzar mayores estándares de calidad en el proceso de autoevaluación de los macro procesos	Proponer y oficializar Comité de Autoevaluación	R.D.	1	X				Responsable del Eje de autoevaluación		
		Formular y ejecutar Plan de Autoevaluación	Plan	1	x						
	Proponer y gestionar acciones, planes o proyectos de mejora continua	Informe	Proponer y gestionar acciones, planes o proyectos de mejora continua	Informe	2		x		x	Equipo de Gestión de la Calidad	
Implementar acciones, planes y proyectos de mejora continua	Implementar acciones, planes y proyectos de mejora continua	Proponer y oficializar Comité de Mejora continua de la calidad	R.D.	1	x				Equipo de Gestión de la Calidad		
		Formular Plan de Mejora Continua de la Calidad	Plan	1	x						
	Evaluar el grado de satisfacción del usuario externo y mejorar la atención en consulta externa	Implementar y	Elaborar instrumento de registro de las acciones de mejora continua de la calidad	Documento	1	x					
			Formular y ejecutar proyectos de mejora continua de la calidad	Informe	2		x			x	
			Ejecutar encuesta SERVQUAL	Informe	1					x	
			Proponer el Plan "Cero Colas"	Plan	1		x				
Implementar y	Implementar y	Proponer y gestionar acciones o planes de mejora continua	Informe	2		x		x	Responsable del Eje de Gestión de Relaciones con el Usuario Externo		
		Elaborar Plan de Plataforma de Atención al Usuario Externo	Plan	1	x				Responsable		



17

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
REPORTE DE ACCIONES DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

Integrante del Equipo Técnico:

Fecha de Reporte:

Proceso:

Planear	Hacer	Verificar	Actuar
